

هل البجل داء العليق اوداء الافرنج

Is the Bejel Yaws or Syphilis.

للمكتور

محمد ودار الطائب

جراح اخصائي في مستشفى تذكارة مود

(البصرة)

طبع على نفقة مديرية الصحة العامة
ودقق من قبل رئاسة الدعاية والتسجيل
في مديرية الصحة العامة

مطبعة الحكومة - بغداد

١٩٣٦

Dr. Mohamed Sharaf Bey
Mostashfa El Malek
Nubar Street (ex Lawawin)
Cairo.

هبة المؤلف
لجنة ازبد انفاصل الدكتور
هبة المترم

هل البجل داء العليق اوداء الافرنج

٩٢٦/١/٦ Is the Bejel Yaws or Syphilis.

للدكتور

محمد ودا الطنب

جراح اخصائي في مستشفى تذكار مود
(البصرة)

طبع على نفقة مديرية الصحة العامة
ودقق من قبل رئاسة الدعاية والتسجيل
في مديرية الصحة العامة

مطبعة الحكومة - بغداد

١٩٣٦

II
Hudson

Duke University Medical Center Library
Trent Collection

Gift of

Dr. E. H. Hudson

مقدمة

تقدمت مديرية الصحة العامة على طبع هذا الكتاب تشجيعاً
للتنقيب الفني والانتقاد العلمي الذي سيحدثه بين الزملاء لاسيما
الاخصائيين في الامراض الزهرية والجلدية منهم محتفظة باصدار
قرارها الرسمي في الموضوع اعتقاداً منها ان وجود او عدم وجود
داء العليق في العراق امر لا يزال بحاجة الى تدقيقات علمية وفنية
اوسع واعمق .

وان املنا الوحيد ان تستفز همم الاطباء لاثبات او نفي وجود
مرض العليق في مملكتنا حبا بالوقوف على الحقيقة المجردة .
بهذه المناسبة نشكر المؤلف على جهوده بجمع المعلومات
الوافية من كتب الغربيين وغيرهم وترجمتها الى لغة وطننا العزيز .

- امى شوكت

مدير الصحة العام



Digitized by the Internet Archive
in 2015

صحفة

١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥	٩٦	٩٧	٩٨	٩٩	١٠٠
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠	٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦	٤٧	٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣	٥٤	٥٥	٥٦	٥٧	٥٨	٥٩	٦٠	٦١	٦٢	٦٣	٦٤	٦٥	٦٦	٦٧	٦٨	٦٩	٧٠	٧١	٧٢	٧٣	٧٤	٧٥	٧٦	٧٧	٧٨	٧٩	٨٠	٨١	٨٢	٨٣	٨٤	٨٥	٨٦	٨٧	٨٨	٨٩	٩٠	٩١	٩٢	٩٣	٩٤	٩٥					

(ب)

القسم الثاني

صحيفة

التبدلات المصلية بالانتان التجريبي في داء العليق ومناسباته للمناعة	٣٠
المناعة في التره بانه ماتوز • المناعة في داء العليق	٣٣
دور المناعة السلبية • دور المناعة المثبتة • المقاومة ضد فوق الانتان	٣٤ - ٣٥
المقاومة ضد تعمم التظاهرات المرضية السريرية المرئية	٣٦
المقاومة ضد الأشكال القرحية المتأخرة	٣٦
المناعة بالتصالب	٣٧
اصول جديدة لتجربة المناعة التره بونه مائية وفوائدها بخصوص فهم	
داء العليق وداء الافرنج	٣٨
طبيعة المناعة في التره بانه ماتوز	٤٠
قانونان لبراون وبيرس اي قانون التناسب المتعكس وقانون التعاقب	٤٢
مدة المناعة الجنسية والمتشابهة في التره بونه ماتوز	٤٥
تجارب اللقاح الواقي ضد التره بونه ماتوز على الحيوان	٤٧
تجارب التداعي اللقاح من الامراض التره بونه مائية على الحيوان	٤٨
تأثير تداعي الكيمياوي على المناعة في التره بونه ماتوز	٥٠
الشفاء الحياتي في التره بونه ماتوز	٥١
هل ان داء العليق داء الافرنج ام ان داء الافرنج هو داء العليق	٥٢
وجود انتان داء العليق وداء الافرنج معا	٥٣
النتائج	٥٣

القسم الثالث

لماذا يوجد داء العليق في العراق والشواهد على ذلك	٥٦
هل اقليم العراق يساعد لنماء داء العليق فيه	٥٦
ما هو اعتقاد الاهالي عن هذا الداء	٥٧
مشاهدة لهدسن عند عرب الفرات من خصوص داء الافرنج والتعليق	٥٧
عليها
مشاهدة لمالك كوين باسم داء الافرنج المعصوم في فلسطين	٥٩
لماذا داء البجل الموجود في العراق هو داء العليق وليس بداء الافرنج	٦١
الاحتياج لثيت داء العليق باختبارات مخبرية	٦٣

(ج)

صحيفة

- المشاهدة (١) عن الآفة الاولى بداء العليق ٦٣ ..
المشاهدة (٢) عن طفح دور الثاني في داء العليق ٦٤ ..
المشاهدة (٣) عن طفح دور الثاني في داء العليق ٦٤ ..
المشاهدة (٤) عن قروح في الناحية العجزية ٦٥ ..
المشاهدة (٥) عن قروح داء العليق الخلفية ٦٥ ..
المشاهدة (٦) عن قروح الدور الثالث في الساق والرسغ ٦٦ ..
المشاهدة (٧) عن قروح الفم والانف والساعد ٦٦ ..
المشاهدة (٨) عن دور الثالث في العظام الساعد والساق ٦٧ ..
المشاهدة (٩) عن الدور الثالث في العظام وعدم وجود اسقاط ٦٧ ..
المشاهدة (١٠) عن وجود حديبات الفوق السفلية ٦٨ ..
المشاهدة (١١) عن التهاب المفاصل ٦٩ ..
المشاهدة (١٢) عن مبداً غانغوزا في داء العليق ٦٩ ..
المشاهدة (١٣) عن غانغوزا في داء العليق ٧٠ ..
المشاهدة (١٤) عن غانغوزا في داء العليق ٧٠ ..
المشاهدة (١٥) على ان التظاهرات العظمية في دور الثالث عائدة
لداء العليق وليس لداء الافرنج ٧١ ..

المقدمة

ان داء العليق مرض انتاني تره بونه مائي يشبه داء الافرنج يسمى بالانكليزية (Yaws) وبالفرنسية (Pian) وبالجرمنية (Framboesie) وله ثلاثة او اربعة ادوار مثل داء الافرنج عامله المرضي تره بونه ما برته نوته تشابه التره بونه بالليدا ظواهره المرضية تشبه كثيرا داء الافرنج وخاصة ادواره المتأخرة مثل التهاب السمحاق والعظام والقروح والتظاهرات المخاطية كتقبات لشراع الحنك ولا يمكن تفريقها من داء الافرنج فلذلك اعتبر كداء الافرنج حتى ان بعض كبار الاطباء الاخصائيين لم يروا فرقا ما بين هذين المرضين وعدوه مرضا واحدا وقسم من الاطباء اعتبره داء الافرنج للبلاد الحارة ولكن التجارب الحديثة وخاصة تجارب المختبر فرقت ما بينهما تفريقا تاما واثبتت بانهما مرضان مختلفان لاماكان وجود المرضين في شخص واحد وفي حيوانات التجربة ومثلا فقد امكن انتان القروود بالتجربة في المرضين كما سيفصل في الاقسام الآتية . واذا اردنا التلخيص بصورة مجملة نرى ان الفرق كما يأتي :-

داء العليق

داء الافرنج

- ١ - العامل المرضي تره بونه ما بالليدا
التي ترجح انسجة الوريقة
المتوسطة اي المزودرم وهي
مزودرمال (Mesodermal) .
- ٢ - الآفات الاولى على الاكثر في
الجهاز التناسلي والمرض يبدأ
في البالغين سنا وله علاقة مع
الفعل التناسلي .
- ٣ - الدور الاول قرحة وحيدة
متصلبة في الادمة ومناعة الجلد
تحصل بعد حصولها بقليل .
- ١ - العامل المرضي تره بونه ما برته نوته
التي ترجح انسجة الوريقة
الخارجية اي الاكتودرم وهي
اكتودرمال (Ectodermal)
- ٢ - الآفات الاولى على الاكثر
خارج الجهاز التناسلي والمرض
يبدأ في الاطفال ولا علاقة له
مع الفعل التناسلي .
- ٣ - الدور الاول بايلوما لينة متعددة
في البشرة ومناعة الجلد لم
تحصل بحصولها فتتأخر .

داء الافرنجداء العليق

- ٤ - المائع النخاعي الشوكي يتن • بالتجارب .
- ٥ - ينتقل بالوراثة عادة •
- ٦ - يوجد له تظاهرات عصبية في الدور الرابع مثل الفلج العام والتابس •
- ٧ - يوجد التهاب الشريان السدادي الداخلي (Endarthritis) في المستحضرات النسيجية •
- ٨ - لا يوجد حكة •
- ٩ - انذار المرض وخيم •
- ١٠ - التداوي صعب •
- ٤ - مائع النخاع الشوكي لا يتن • بالتجارب .
- ٥ - لا ينتقل بالوراثة عادة •
- ٦ - لا يوجد له تظاهرات عصبية كمثل الفلج العام او التابس •
- ٧ - يوجد التهاب محيط الاوعية (Periarthritis) في المستحضرات النسيجية •
- ٨ - يوجد حكة •
- ٩ - انذار المرض سليم •
- ١٠ - التداوي سهل •

فان هذه الفروق الموجودة بين المرضين سببت لي ان اتحقق هذا الداء لان في المدة الخمسة عشر عاما التي طببت في خلالها في البصرة شاهدت كثيرا من قروح والتهابات السمحاق والعظام المختلفة وكثيرا من الآفات التي تشبه آفات داء الافرنج وتفترق عنها من وجوه كثيرة اذ كثير ما كان يراجعني مرضى لم ار فيهم اتانا ولا ندبة ولا اثرا في الجهاز التناسلي ولكنهم مصابون بامراض تشبه داء الافرنج رغم حداثة سنهم مع عدم وجود آثار داء الافرنج في ابويهم وكانوا يشفوا باسرع من داء الافرنج المعلوم فمثلا يشفى المريض بزرقين من النيوسالفارسان وعشرين غراما من ايدودور البوتاس ففي اول الامر كنت اظن انه داء الافرنج ولكنه من شكل سليم حتى ابتدأت اشاهد اشكالا في عين الاشخاص وهو داء الافرنج الحقيقي اي مثلا يوجد في قرب البصرة مقاطعة اسمها قرمة علي يسكنها قبيلة من المعدان فكنت ارى فيهم وهم من قبيلة واحدة عائشين عيشة واحدة اشكالا سليمة للغاية وهي الاكثر وكنت ارى داء الافرنج الحقيقي نادرا مع قرحة متصلة شكلية ابتدائية لداء الافرنج وتظاهرات الدور الثاني كمثل طفح وردي معند للتداوي فهذا سبب لي الشك في ان هذه الامراض

السليمة ولو كانت تشفي بعين الطريقة وعين المداواة فيجب ان تكون مرضا آخر فدراسة داء العليق اوصلتني الى ضالتي فابتدأت ان اشبه اكثر فعند اخذ مشاهدات المريض وخاصة احوالهم السابقة زاد اعتقادي بان هذه الامراض هي داء العليق وليست بداء الافرنج فحينئذ فتشت خاصة الكتب الطبية والمجلات للبلاد الحارة التي توصلت الى مطالعتها فلم ار تشخيصا لداء العليق في العراق رغم مرور سنينا عديدة لدخول الطب الحديث في عراقنا المحبوب كما انني يجب ان اعترف بان علمي بهذا الداء كان بسيطا وهو عبارة عما قرأته في المدرسة الطبية كسائر اخواني وكان لا يتجاوز عن صفحتين فان هذا النقص شجعني على دراسة داء العليق وتعريب ما اتوصل اليه سواء كان من الكتب الطبية الحديثة ام من مجلات البلاد الحارة وان ادون بعض مشاهداتي مع الرسوم التي تمكنت من اخذها حينما قررت كتابة هذه الرسالة لاقدمها لاخواني الاطباء العراقيين خاصة لجلب نظرهم لدرس هذا الداء واذا اعتقدوا بوجوده كما اعتقدت بوجوده في العراق بعد قراءة المشاهدات المعطاة من قبلي والمشاهدات التي سيرونها آمل ان يثبت وجوده بصورة حاسمة اي في المختبر باخذ التره بونه ما برته نؤه من الاطفال المصابين بداء العليق وزرعها في القروود في الجنس (Makkakus) وتجربة تلقيحهم فوق ذلك بالتره بونه ما باليدا وتحصيل القرحة الابتدائية المتصلبة وفحص تحصيل المناعة الجلدية وتحصيل اشكال الامراض المختصة بداء العليق ومثلا (Gangosa) التي ثبت اخيرا انتسابها الى داء العليق وليست الى داء الافرنج بالتلقيح التجريبي الذي اجرى على القروود من قبل هسلمان وشوبل واعادة التجارب الاختبارية في المختبر المأخوذة منه فاذا تحقق بصورة نهائية فنية وجوده في العراق فيكون له نتائج وفوائد كثيرة ومنها انه سيكون اعتقادنا من خصوص تلوث البلاد بداء الافرنج واحصائياتنا غير ما هو نعتقده الآن كما ان مداواة الداء سيكون اسهل بكثير من اعتقادنا انه داء الافرنج واذا فكرنا بان داء العليق لا ينتقل ارثا عادة فحينئذ يمكننا ان نعطي شهادة صحية لشخص سالم يريد ان يتزوج بنت كان ابواها مصابين بداء العليق بعكس ما كنا نفتكر بانهما مصابين بداء الافرنج وثبت باحصائياتنا اننا شعب لم نكن مصابين بالداء الزهري كما يظنه الاجانب كما ان الكفاح ضد سريان المرض يختلف كثيرا عن كفاح داء الافرنج

فبينما تكثر سراية داء الافرنج في المناسبات الجنسية تكون العدوى في داء العليق بالتماس من طفل الى طفل آخر او بواسطة انتقال الذباب من شخص مريض الى سليم ولذلك سنجني ثمارا عديدة من فهمنا وتبيننا داء العليق بصورة فنية .

ان هذا الكتاب الصغير جمع من مؤلفات افرنسية وجرمينية ومجلات البلاد الحارة الانكليزية فالاقسام الاولى منقولة من كتاب (مه نسس) الالماني للبلاد الحارة وكتاب (Joyeux) الافرنسي . وان قسم التبدلات المصلية مأخوذ من كتاب هسلمان وشوبل . وان قسما من الرسوم اخذت في البصرة من المرضى الذين شاهدتهم والقسم الباقي من الرسوم منقولة من تلك الكتب ومع اعترافي بانها مجموعة غير منتظمة كما اريد فارجو ان يكون هذا الكتاب ذو فائدة لمجتمعنا الطبي والقومي وان يكون مشجعا للغير على البحث والتنقيب .

المأخذ

Hand Buch der Tropen Krankheiten. Prof. Karl Mense. Alber Plehn Bd.

2. Nouveau traité de medicine. Par Roger Widal Tissier fascicule V.

Pratique Medico-chirurgical 3 edition tome VI.

Beihefte zum archiv fur schiffs und tropen Hygien Band 36 No. 2
Über beziehungen framboesie und Syphilis von Otto Shoebel
C.M. Hasselman.

Bulletine of hygiene Vol. IX No. 7 1934.

” ” ” VIII No. 6 1933.

Tropical Diseases	Bulletine	Vol. 30	No. 11	1933.
”	”	”	”	30 No. 9 1933.
”	”	”	”	30 No. 3 1933.
”	”	”	”	29 No. 5 1932.
”	”	”	”	28 No. 11 1931.
”	”	”	”	27 No. 9 1930.
”	”	”	”	26 No. 10 1929.
”	”	”	”	25 No. 1 1928.
”	”	”	”	25 No. 8 1928.
”	”	”	”	20 No. 10 1923.
”	”	”	”	18 No. 4 1921.

Practice of medicine in the tropics by Byam and Archibald
Vol. 2.

داء العلق

التعريف - انه مرض جلدي شبيه بداء الافرنج مزمّن بنيوي عام بلدي يوجد في المناطق الحارة والراطة والاستوائية ويسمى داء العلق نظرا الى تشابه تظاهراته لتوت العلق فيسمى بالافرنسية (Pian) وبالجرمنية (Framboesie) وبالانكليزية (Yaws) واسمه الفني في الالمانى (Poly papiloma tropicum) وله اسماء خاصة نظراً الى البلدان التي يوجد فيها فمثلا في الهند الغربية يسمى (Pattu) وفي جزائر انتيل وفي برازيليا يسمى (Boubas) وفي فو نه زوئلا يدعى (Salada) وفي قاله دونيا يقال له (Tonga) وفي سيلان يسمى (Parangi) وفي الصين يسمى (Yang may tcheang) وفي جزيرة مداغسكر يدعى (Changou) وفي زنجبار يقال له (Buba) ويسمى باسماء مختلفة كثيرة نظرا الى البلدان التي يكون فيها بلديا ولا محل لذكرها وانه معروف في العراق الجنوبي حسب ما سمعته من مختلف العشائر الساكنين في العمارة ومنها الى الجنوب وخاصة بين المعدان باسم (البجل = البشل) وقد طرق سمعي بانه يسمى اللوات في هيت كما يطلق البجل واللوات على داء الافرنج ايضا فتكون تلك الالفاظ كلمتين مترادفتين لكلا المرضين .

تاريخ المرض - ان المرض معلوم من مدة مديدة اي من اربعة او خمسة عصور وان اول من كتب عن هذا المرض كتاب الاسبان والبرتغال بعد كشف امريكا وان اوفيه دو (Oviedo) و (والده) (Valdé) كتب في سنة (١٤٧٨-١٥٥٧) ميلادية وان سووار (Suwar) وده سوزا في سنة ١٥٨٧ اشتبها بان الذباب له دخل في نقل المرض من شخص الى شخص آخر وفي هذا الزمن اراد شخص اسمه ليس بمعلوم التفريق بين داء الافرنج وداء العلق فوجد له كتابة خاصة بذلك وان بوتتيوس (Bontius) بين وجوده في آسيا وذلك سنة ١٧١٨ واما بعد ذلك التاريخ فقد عرف في العصر الاخير في اكثر المجالات الطبية للبلاد الحارة والى عن هذا الداء مؤلفات عديدة .

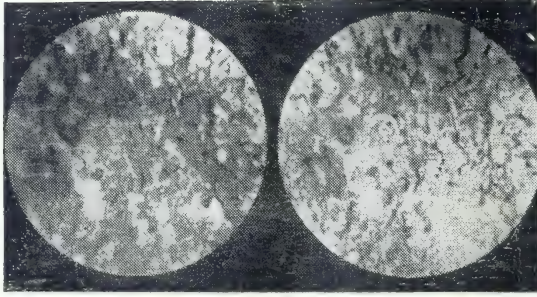
مناطق المرض الجغرافية - يوجد لداء العلق مراكز هامة في المناطق الحارة وهي :-

١ - المركز الافريقي ٢ - الاسوي الاطلسي ٣ - الامريكي - ان منسون بار بين بان منشأ داء العلق من افريقيا وقد انتشر بواسطة الزنوج المهاجرين الى البلدان الاخرى وان (Lambia) بين بان خمسين في المئة من اهالي حوض النيل العليا مصابون بداء العلق ومن هناك يتزايد بالتقرب من الخط الاستوائي مع العلم بان انتشاره في خط الاستواء لم يكن على شكل واحد ففي بعض المحلات يندر وفي بعض الاقاليم يكثر ولا يوجد احصائيات يركز اليها وانه موجود بكثرة في كونغو البلجيكية بالساحل الذهبي الافريقي بالنجاريا الانكليزية بموزامبيك وفي مداغسقر الافرنسية .

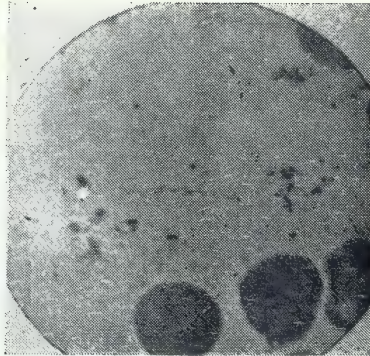
المركز الثاني - ان المرض يوجد في جزيرة سيلان وان قاسته للانبي اكشف (Terp. Pertenne) عامل المرض في هذه الجزيرة ويداوي سنويا اكثر من ثلاثة آلاف وخمسمائة مريض وانه نظرا الى مؤلف آخر ان ٥٥ الى ٩٠ في المئة من اهالي جزيرة (Salm) مصابون بهذا المرض وان هذا المرض منتشر في استراليا الشمالية وفي جزائر الفيليبين وفي جزائر الفورموزا وسيام وفي الهند الافرنسية والهند الانكليزية وفي جنوب الصين .

المركز الثالث - ان المرض كان موجودا حين اكتشاف امريكا في زنوج امريكا الاصدين وفي سنة ١٧٧٧ بين (Bajon) وجوده في كويانا الافرنسية ويوجد الى الآن ما بين الزنوج الامريكية واخذ بالتضاؤل على اثر المداواة ولكنه موجود حتى الآن في فنه نه زوئلا وبرازيليا .

اسباب المرض - الاقليم :- ان مناطق المرض الجغرافية المحررة سابقا تبين جليا بان الشرائط الاقليمية لها تأثير كبير على انتشار المرض وان المحررين مختلفون فيما بينهم على وجوده في سواحل البحار وفي المناطق الجبلية المرتفعة التي يقرب ارتفاعها من ١٥٠٠ متر ولكن الفكر الراجح هو ما بينه مانسون بار وقاسته للانبي من ان الحرارة الواطئة تسرع سير المرض وانتشاره وانه يوجد في الوديان وفي الاراضي الرطبة الحارة اكثر من الاراضي اليابسة المرتفعة .



(شكل ١) تره بونه ما برته نوٺه
في الانسجة (شوفنه ر)



(شكل ٢) تره بونه ما برته نوٺه
في مستحضر مسح (شوفنه ر)

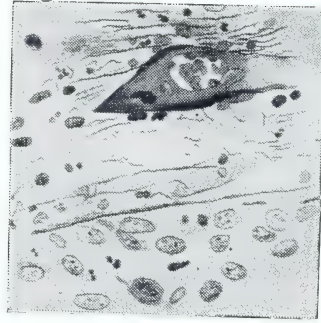
الجنس - ان الاقوام البشرية كلها معروضة الى الاتان ولا فرق ما بين الاوربي والزنجي ولكن الاهالي المتأخرون في العلم نظرا لقلة عنايتهم بحفظ صحتهم معروذين للسراية اكثر من غيرهم ومع وجوده في الجنسين من الرجال والنساء الا من المحتمل ان الاناث معروذين للسراية اكثر من الرجال وان الاطفال يصابوا في سن الطفولة كثيرا في البلاد الموبوءة بالمرض فلذلك تشاهد الادوار الاولى في الاطفال اكثر من البالغين ويشاهد الادوار المتأخرة في البالغين اكثر من الاطفال .

العامل المرضي - العامل المرضي هو التره بونه ما برته نوئه (شكل ١) (Trepon pertenue) وقد اكتشف في ١٩٠٥ من قبل قاسته للملاني . لا يوجد له اي فرق بالشكل الظاهري من التره بونه ما باليدا لداء الافرنج وان هذه التره بونه ما برته نوئه لها من ستة الى عشرين اعوجاج ولها من الطول سبعة الى عشرين (من مي « ٤ ») وان خيوط البرته نوئه رفيعة ونهايتها ارفع بالاكثر واحيانا كال خفيف ينتهي بشكل مدور ام مستطيل كمشري الشكل جدارها منتظم ويمكن ان ينقص في بعض الاقسام والجدار ينتهي بانسباط وينحني على الجسم او يتدور بشكل حلقة ويمس الجسم (شكل ٢) . ان بلانشارد وقاسته للملاني بينا بانهما شاهدا هذبات في نهاية الجسم ولكن قسما آخر من المحررين لم يشاهدوا ذلك فلذلك يجب انتظار فحوص اخرى حتى يتبين بان التره بونه ما برته نوئه هل هي من جنس التره بونه ما ام من الجنس السيروختا . ان التره بونه ما في المستحضرات الحية الحديثة تشاهد انها موضوعة على بعضها ومتعاقبة وترى حركات خفيفة مهتزة ولم يعلم الى الآن هل هي حركة الطفيل بنفسه ام ناتجة عن تحرك السوائل التي فيها وان واشبور وقارنينغ شاهدا في الاوعية الصغيرة بان التكاثر يحصل بانقسام الطولاني وان فحص السوائل الحية صعب جدا ويجب اتخاذ تدابير خاصة لذلك ويمكن الفحص باصول بورري وفي الاصول المظلمة وقد شاهد انقن اجسام مكسرة للضياء في جسم التره بونه ما الحية التي تقع

فيها مثل الاجسام التي تشاهد في (تريبانوزوما غائيه نيسس) عامل مرضي داء النوم الافريقي وعلى كل فان الفحوص الاختبارية في المختبر تجري كما تجري فحوص داء الافرنج لاجل صبغ المستحضرات باصول المسح او بواسطة التضييق على الاقسام المرضية وان اصول ليشمان وكيمازا و رومانوفسكي هي اصلح الكل على ان تصبغ المستحضرات شديدا فان الطفيليات يكون لونها احمر بنفسجيا او ازرق بنفسجيا وبهذه المناسبة اريد ان ابين بان برو واسه ق وله واديتي وقاسته للاني وغيرهم بنوا وجود فرق شكلي بين البرته نوته والباليدا ولكن ارائهم لم تقبل من قبل اكثرية المؤلفين .

ان التره بونه ما برته نوته توجد في الآفات الاولى وفي الحطاطات الثانوية المسدودة (شكل ٣) ولكن يضع العامل المرضي بعد خراب البشرة السطحية ولا يوجد لحصول الاختلاط مع جراثيم اخرى او لاختلاطها بسيروختا آخر كما انه يوجد العامل المرضي في العقد اللمفاوية وفي المنخ العظمي ولا يوجد في مائع النخاع الشوكي .

الافوصاف المرضية - لاجل ان نفهم الحالة المرضية اريد اولا تلخيصها فاقول ان للمرض ثلاثة او اربعة ادوار فبعد التلقيح ومرور دور الحضانة يظهر الدور الاول بارتفاع الحرارة وظهور اوجاع في المفاصل وبظهور البابلوما الابتدائية (شكل ٤) وبعد مرور مدة من الزمن يظهر الدور الثاني الجلدي بشكل حطاطات جلدية فتتوسع وتكثر اكثر من الدور الاول فيدوم من شهرين الى ثلاثة اشهر فيحصل الدور الثالث في العظام والاعشية المخاطية والجلد وقد يكون له دور رابع وهو دور التظاهرات العصبية ولكنه مشكوك فيه وهذه الادوار لا تكون بهذا الوضوح دائما فبعد الدور الاول قد لا يظهر الدور الثاني تماما للمريض بل قد يكون مختلطا مع الدور الاول والثاني مختلطا مع الدور الثالث . واما الدور الثالث فيظن



(شكل ٣) وجود التره بونه مايرته نوئه في اول ادوار حطاطة
داء العليق في اطراف الاوعية وداخل النسيج المنضم المصاب باوذيميا
(من The Philippine Journal of Science)



(شكل ٤) الآفة الابتدائية لداء العليق المتحصلة بالتجربة
على القرد من قبل هاسلمان وشوبل والتي
تشبه لتوت العليق

انه دور الثالث لداء الافرنج الذي سنأتي بعد ذلك للفرق ما بينه وما بين
داء العلق .

الحضانة - ان مدة دور الحضانة في داء العلق تختلف جدا
فبالتلقيح الصناعي للتجربة وجد بان تظاهرات الدور الاول يحصل خلال
١٢ الى ٢٠ يوما او اكثر واما التلقيح الطبيعي فيدوم اكثر من ذلك الى
اسباع واشهر وقد شوهد احيانا في الكونغو الافرنسية انه لم يظهر الدور
الاول بتاتا وفي بعض الوقائع يحصل ارتفاع شديد في الحرارة الى ٤٠ درجة
مع رجفة واوجاع رأسية ورثوية في المفاصل والعظام الطوال .

الدور الاول - لاجل حصول التلقيح يجب ان يكون باب لدخول
المرض فان باب الدخول يتكون من سحجة بسيطة او من حكة او من وجود
داء الجرب في الجلد او من عضة بعوض او حشرات او من حرقه بسيطة
فلذلك تكون القرحة الاولى غالبا خارج الاعضاء التناسلية خلافا لداء
الافرنج فان احصائيات (داوي) في نيوزلاند على ٤٦٤ وقعة ومن داء
العلق وجد ٢٦٨ وقعة في الاطراف السفلية و١٢٧ وقعة في الاطراف
العلوية والباقي منها في الجذع والعنق والراس ووجد قعتين في الجهاز
التناسلي واما نوئيل فقد وجد في كمرون مائة وقعة داء العلق ١٢ وقعة
في الوجه ١٢ في الجذع ١٢ في الجهاز التناسلي و١٨ في الاطراف
العلوية و٤٦ في الاطراف السفلية ونظرا الى دهبوي فان الافة الاولى
تتظاهر في الاقسام المكشوفة التي يتمكن الذباب ان يوضع عليها بدون
اذى فلذلك تكون قليلة في الوجه وتكون في الاطراف السفلية في الكعب
الوحشي وفي القسم الاسفل للسان اكثر من الساعد والعضد ويوجد في
الاطفال الصغار في اطراف الفم وفي المرأة المرضعة في اطراف الحلمة .
اما بعد التلقيح ومرور دور الحضانة فيظهر في محل التلقيح حطاطة
او حويصل مدور منفرد يكون متعدد وغالبا يقطر ستيتمر الى ستيتمرين
يشبه دملا ممتلئا بمائع وسخ اللون يتوسع تدريجا في سطح الجلد فتسقط
قشرة الايتليائية السطحية ويخرج المائع فتكون رطبة وبتلين البشرة تنفذ
التره بونه ما برته نوئه الى الادمة وتبقى في سطحها بعكس داء الافرنج
كما الطبقة الحلمية للادمة سالمة من الالتهاب حتى الاوعية الشعرية

للأدمة تكون مصنونة من الالتهاب الذي يبين اسباب عدم التصلب مثل القرحة الصلبة الافرنجية وان شكل القرحة الابتدائية المتكاملة لداء العلق قرحة مسطحة مدورة بيضية الشكل لينة القوام تكون سطحية ورطبة بعد سيلان مصلها يتكون عليها قشرة صفراء وتكون مخالفة للقرحة الافرنجية الوحيدة فتكون متعددة فاذا رفعت عنها القشرة وجد تحتها حليمات حطاطوية دامية تشبه حبة توت العلق فسميت بها وانها غير موجعة يمكن مسحها بحامض بدون ألم ويمكن ان يتلقح الجلد بنتيجة السيلان المصلي والحكة تنتشر الى اطرافها وتكثر لانه لم تحصل المناعة في الجلد ويتأخر ظهور مناعة الجلد في داء العلق خلافا لداء الافرنج الذي تحصل المناعة فيها بصورة عاجلة ولذا لم تحصل غير قرحة واحدة فان تعدد الحليمات الابتدائية بالتجاور من القرحة الاولى في داء العلق سببت تسميتها بالأم لداء العلق (Buba madura mama pian Mother Yaws) فكل هذه التظاهرات اما ان تدوم مدة اسابيع وتيس وتشفى بتركها ندبة بيضاء يعقبها الدور الثاني واما ان يداوم التلين وتحصل تظاهرات الدور الثاني بدون فاصلة •

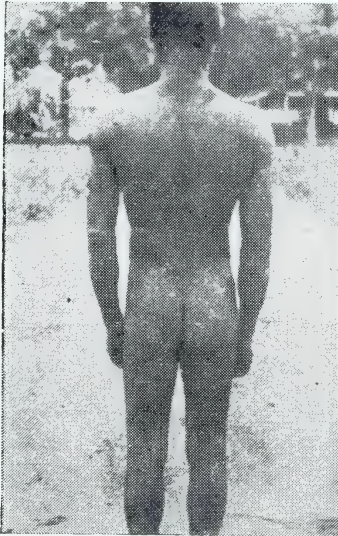
الدور الثاني - يتبدى الدور الثاني قبل الدور الاول بتظاهرات عامة في الجسد فترفع الحرارة وعوضا ان تكون التظاهرات الجلدية وحيدة مثل الدور الاول فتحصل حطاطات كثيرة بشكل طفح عام في القسم الاعظم من الوجود في الجذع والوجه والاطراف وان هذه الحطاطات المتحصلة تشبه كثيرا ام العلق اي القرحة الابتدائية ولكنها اصغر منها حجما ولذا يسهل التشخيص وفي هذا الدور يراجع المرضى الاطباء في البلاد الحارة وبذلك انكر كثير من الاطباء وجود القرحة الابتدائية • وان هذا الطفح له اشكال مختلفة منها ما هو بشكل دائري حينما يشفى المركز ويبقى المحيط مصابا ومن اجتماع هذه الاشكال مع الحبات يتحصل اشكال في دوائر متعددة منقسمة وفي الشكل القرحوي لا يرى داخل الاقاعات بشكل علقبي بل يرى املس واما في الناحية التناسلية وبين الاليتين وفي ملتقى الاغشية المخاطية فيكون الطفح رطبا يشبه القونديوم الافرنجي لاشتراك الجراثيم المختلفة • وفي بعض البلاد الحارة ومثلا في الهند الصينية يتبدى تظاهرات الدور الثاني باحمرار الجلد ويكون الجلد خشنا مستورا بحطاطات صغيرة جدا لا ترى بالعين وخاصة بالزئوج وبعدها تحصل تفلسات مدورة غير منتظمة متقمة من بعضها تعطي الجلد



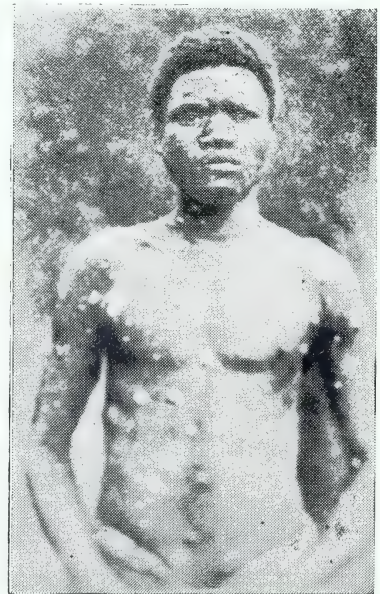
(شكل ٦) طفح دور الثاني
بوليبايلوماتوز (هاسلمان
وشوبل)



(شكل ٥) طفح دور الثاني في
القرود بوليبايلوماتوز
(هاسلمان وشوبل)



(شكل ٨) طفح دور الثاني



(شكل ٧) طفح دور الثاني
بوليبايلوماتوز (زوايو)

شكلا طحينيا مرفقا بالحكة اما في بلاد الكونغو البلجيكية نظرا (لكرنه ئيس) لا ترى بهذا الشكل بل ان الجلد يكون طبعيا ويرى فيه حويصلات صغيرة جدا سهلة الانفجار والانشقاق خشنة اللمس مترافقة بحكة شديدة وان هذه الحويصلات تعطي الجلد شكلا كاشف اللون وترسم على الجلد سطوح مدورة بيضية الشكل بقطر نصف سنتيمتر الى ٥ سنتيمترات .

ان هذه الافات الثانوية تكون اكثر الاحيان في قرب المفاصل وخاصة في المرفق والالية واحيانا في الجذع والوجه وبعضا تكون منتشرة وتعد بالآئات اما وجودها في الجلد ذي الشعر فمختلف فيه فان قاسته للانبي يبين بانه نادر جدا اما نوئيل يذكر بان ٢٠ بالمائة يحصل في القسم ذي الشعر من الجلد ويحصل التهاب في اطراف الاطراف وفي محيط الظفر ويظهر بشكل صعب التداوي ويسبب الاتان بنفسه للشخص بواسطة حاك جسمه وتظهر ايضا براحة اليد تظاهرات داء الصدف كما يصادف في داء الافرنج ويحصل منها تساقط البشرة السطحية بشكل صفائح (شكل ١٣) وتظهر تلك الافات في الكعب وباخمص القدم وتكون صعبة التداوي ففي هذه الاشكال تتضخم الطبقة القرنية للبشرة وتتشق وتكون موجعة بالحركة وبنتيجة التضيق الميكانيكي عليها تحصل قروح كبيرة في الكعب بحواف منتنة ذوات رائحة كريهة وتكون غالبا تحت عظم العقب وان هذه القروح كتبت من سنة ١٨٥٣ من قبل فوغلر وعرفت بانها من داء العليق وفي سنة ١٩٠١ بين فان مارتين بان الملايين يسمونها (Boe Boel) وان قاسته للانبي وبواسير عرّفا تلك القروح مع اعطاء رسومها وبله شاهد ايضا في كمرون (شكل ٣٤ و ٣٥) وفي اول الامر لم يكتب بانه من داء العليق لعدم وجود اي تظاهرات في الاشخاص المصابين اما بعد ذلك (برور تزدهس) وجد في ٩٥ بالمائة منهم العامل المرضي لداء العليق وبهذا تحققت حقيقة انتسابهم الى هذا المرض .

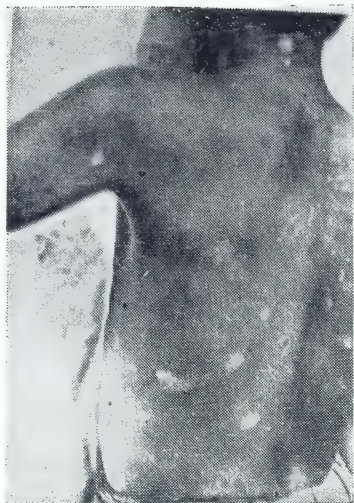
ففي الدور الثاني يحصل ايضا انتشار المرض في محيط الفوهات الطبيعية وفي ملتقى الشفتين وفي محيط الفرج وفي محيط الشرج وان نوئيل كتب وعرف اشكالا خاصة بالغشاء المخاطي منها ٢٢ وقعة في الفم ١٩ وقعة في الانف ٤ وقائع في المنضمة العينية وقد حصلت اعتراضات كثيرة على ظهور تظاهرات داء العليق في الغشاء المخاطي وقيل بانه نادر

جدا ولكن الكتابات الحديثة مثل كتابات (قاسته للاني) واندريو ونومارات وشوفهر ونوئيل تؤيد حصول كرانولوم في الغشاء المخاطي للأنف وفي شراع الحنك وفي حوافي اللسان وفي البلعوم والحنجرة وان (برمان) يبين وجود فرق ما بين هذه التظاهرات والتظاهرات التي تحصل من داء الأفرنج ففي الفم تظهر الآفات في الوجه الداخلي للشفقتين والشكل يشابه الشكل الجلدي وخاصة يكون في محل انطباعات الأسنان وفي الدور الثاني يحصل تظاهرات في منضمة العين وتكون الأشكال شبيهة بالأشكال الجلدية ولا يمكن التشخيص إلا بوجود الأشكال الجلدية معا .

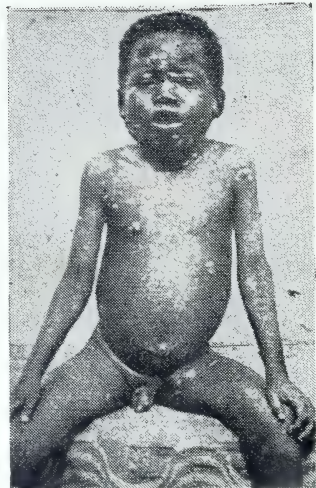
ان اجهزة الانسان الداخلية في الدور الثاني تكون سالمة عادة ولكن الجهاز اللمفاوي يكون مصابا ايضا فيشاهد تضخمات غير موجعة للعقد اللمفاوية المغنية والرقية وفي النواحي المؤوفة ولا تتقيح مثل داء الأفرنج واذا سحب مائع من العقد اللمفاوية المؤوفة مثل ما عمل (وان دم بورن) يوجد فيها تره بونه ما برته نوته وان (نايسر) تمكن من اجراء التلقيح بهذه السوائل المأخوذة من العقد اللمفاوية ومن المنخ العظمي في القروود ومن جنس (Makkakus) وانتانهم بداء العلق وان (قاسته للاني) ايضا تمكن من اجراء اثنان القروود من سواثل العقد اللمفاوية ومن الطحال ومن الدم الوريدي المبزول من المصابين بهذا الداء ولكنه لم يتمكن من صبغ التره بونه ما من الدم . ان التجربة بمائع الشوكي للاثان كان سليما .

يحصل في الدور الثاني اوجاع في مفاصل سلاميات اليد (Polydactylitis) كما يظهر في العظام الطويلة ويحصل في المفاصل اوجاع تشبه الاوجاع الرئية المفصلية وتحصل تغيرات طفيفة في السمحاق مع ظهور آلام عصبية في العصب الوركي .

ان مدة تظاهرات الطفح في الدور الثاني تختلف جدا فالاشكال البسيطة يمكن ان تشفى بنفسها في بضعة اسابيع واما الاشكال المتوسطة فتبقى اشهرا والاشكال العنيدة تبقى سنين عديدة فما بين قسم من الطفح في حالة الشفاء بتظاهر طفح آخر ويحصل نوبات ترفع حرارة واوجاع مفصلية كما كتب سابقا والمريض يمتنع عن اشغاله ويطول المرض فاذا شفى فالتظاهرات تيبس والقشور تتساقط ويبقى في مكانها ندبات ظاهرة حتى



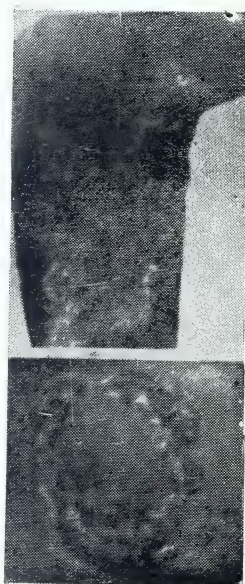
(شكل ١٠) طفح دور الثالث يشبه
لداء الشيب الشوكي



(شكل ٩) طفح دور الثاني
بوليبايلوماتوز (بلهن)



(شكل ١٢) طفح دور الثاني
في اليد (قاسته للملاني)



(شكل ١١) داء العليق الحلقوي
(هاللة نبرغر)

ان (داوودي) لم يجد ندبات في ١٠ وقعت من ٤٦٤ وقعة بنتيجة اخصائه في نيوزيلاند .

ان الطفح العليقي مثل كل الجروح في البلاد الحارة يمكن ان يصبح آكلًا (Phagedenique) بنتيجة اختلاطه بجراثيم اخرى ويجب حينئذ مداواته كما تداوي الجروح الاكلة في البلاد الحارة .

ان (به ندا وهوفمان) في تدقيقهما مجهريا لحطاطات الدور الثاني وجدا ان البشرة متضخمة جدا ما بين الطبقات القرنية للبشرة يحصل فراغات كبيرة او صغيرة مملوئة بالكريات البيضاء وبقايا الموائع حتى بالدم وان القسم البين الحلمي لطبقة مالسكي والحليمات البين البشرية تكون متطاولة ومتوسعة والطبقة الشبكية (شكل ١٩) والحليمات مملوءة بحجيرات مدورة وكرويات بيضاء والطبقة اللاستكية تقريبا معدومة ويوجد في الطبقة الحليمية وتحت الحليمية ايضا حجيرات مدورة اكثرها حجيرات مدورة كبيرة Mast zellen مجتمعة بشكل محاريق (Foyer) خاصة تقوم مقام الطبقة اللاستكية وفي الغدد الدهنية والعرقية والاوعية الصغيرة التي لم يكن اي تغير فيها يجتمع في محيطها حجيرات كثيرة ولكن لا يوجد في داء العلق مثلما في داء الافرنج امراض جدار الاوعية والحجيرات الكبيرة (Cellule geant) ومحاريق الاماتة (Foyer de nersose) قطعيا وهذه الاوصاف تطابق نتائج فحوص الاشخاص الآخرين .

الدور الثالث - لقد قلنا سابقا ان داء العلق بعد اكمال دوره الثاني اما ان تشفى التظاهرات الجلدية بتمامها وتبقى بصورة خفية لسنين عديدة ومثلا الى ثلاثين سنة احيانا ويظهر بعده الدور الثالث (فلذلك يجب ان لا نقول عاجلا بان المرض قد شفى) واما ان يتبدى الدور الثالث في اواخر الدور الثاني مباشرة .

ان تفريق الدور الثالث لداء العلق من الدور الثالث لداء الافرنج صعب جدا وقد بين (بروغ) نظرا الى مشاهداته الخاصة في (لاهاث) ونظرا الى عدم حصول اي اتانات افرنجية جديدة في البلاد ووجود اتانات اولية كثيرة لداء العلق بانه يجب قبول تظاهرات الدور الثالث التي تشابه عادة تظاهرات الدور الثالث الافرنجي كتظاهرات الدور الثالث لداء

العليق وان (هله نبوغر) يتفق مع بورغ في عين الفكر لبلاد جنوب كمرون وان موتناغ وسيتا يتفقان على عين الفكر بخصوص جزائر (فيجي) وان اشورد وغرايق بينا عدم وجود داء الافرنج في غوام من جزائر الفيلين وكلما يرى هنالك من تظاهرات الدور الثالث هو عائد لداء العليق واما روبرتسن لم ير ابدا نتائج سيئة لداء العليق في جزائر جلبرت يسند التظاهرات الخبيثة الموجودة بكثرة في هذه الجزر الى داء الافرنج اما هوارد فوجد بان داء العليق منتشر جدا في نيوزيلاند الجنوبية ورغم وجود اسباب مهيئة كثيرة لانتشار داء الافرنج وجده نادرا جدا ومن ذلك يبين بان تظاهرات الدور الثالث ليست ناتجة عن داء العليق بل ان وجود داء العليق له قيمة خاصة للوقاية من داء الافرنج وقد توصل الى عين النتائج كل من (بوسهر) في ١٩٠٤ و (ستيبله) في ١٩١٢ في جزائر فيجي ويهغر في كمرون الجنوبية ان (دوئالا Duala) في الكمرون كان يفتكر فكرا قريبا من ذلك ويقول ان الوطنيين الكمرونيين يأخذون مناعة داء الافرنج بشبابهم من طفولتهم باخذهم داء العليق في خارج الاجهزة التناسلية (كما تحقق ذلك بالتجارب المختبرية الحديثة التي اجريت في الفيلين من قبل شوبل وهسلمان والتي سيأتي ذكرها بالتفصيل في الاقسام الآتية) وكان قد قرق ما بين هذين المرضين قبل ٤٥ عاما واما بعد ذلك فان نايسر والمشتغلين معه مثل هالبه رسته تتر وقاسته للاني و اشورني وغرايغ تمكنوا من انتان قرود مصابة بداء العليق بداء الافرنج وعكس ذلك المصابين بداء الافرنج بداء العليق اما له واديتي ونائان لم يتمكنوا بعين الوقت من انتان القرود بالمرضى سوية واما شارلوي وباول ونيقولس شاهدوا حصول داء العليق بالمصابين بداء الافرنج وايضا حصول داء الافرنج بالمصابين بداء العليق كما انه امكن الانتان صناعيا عند الانسان على هذه الصورة وعلى كل يبقى السؤال هل ان التظاهرات للدور الثالث التي تشاهد هي عليقية ام افرنجية .

ان المتخصصين يقولون ان الاشكال هي متساوية ولكن لم تعود ان نشاهد بعض الاشكال بداء الافرنج ومثلا التهابات المفصالية الشديدة فيجب علينا ان لا ننسى بان الاقليم ودرجة الحرارة وجنس الانتان وعدم التداوي المبكر له تأثير كبير على سير داء الافرنج ونحن نعرف ايضا ان



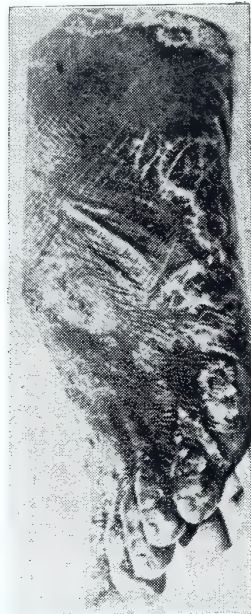
(شكل ١٤) تظاهرات دور الثالث
في اخمص القدم (برمان)



(شكل ١٣) داء العليق الصدفي
في اليد (هاسلمان وشوبل)



(شكل ١٦) تظاهرات دور الثالث
قروح في اخمص القدم (برمان)



(شكل ١٥) تظاهرات دور الثالث
في ظاهر القدم (برمان)



(شكل ١٨) تظاهرات الدور الثالث
في اخمص القدم (برمان)



(شكل ١٧) تظاهرات دور الثالث
في اخمص القدم (برمان)



(شكل ١٩) مقطع حافة حطاطة
داء العليق (شوفنر)

تكون تظاهرات داء الافرنج في الجملة العصبية المركزية والاحشاء الداخلية وفي اوربا والبلاد المتمدنة يكون هذا الداء اكثر من البلاد الحارة غير الراقية وان التظاهرات الجلدية المتأخرة وتظاهرات العظام اكثر منها في البلاد الحارة واذا اردنا تلخيص تظاهرات الدور الثالث نراها كما تلي :-

١ - القروح - القروح للدور الثالث عادة تبتديء في شراع الحنك او في البلعوم فتكون قروح الغشاء المخاطي او تحصل بالوجه وبالانف او بالاطراف وتتوسع من طرف الى طرف آخر وتكون جلدية تسبب خراب قسم واسع من الانسجة ولكن العظام تبقى سالمة وان هذه القروح تسير سيرا مشابها للتدرن الجلدي (Lupus) وتعمل عمله وشاهد بوسيهير مثل تلك القروح في اطفال لم يتجاوز عمرهم ثلاث سنوات حتى شاهد في طفل عمره ثمانية عشر شهرا وان هذه القروح لا توذي الحالة العامة الا اذا حصل انتان ثانوي فحينئذ يمكن ان تكون سببا للموت بواسطة تعفن الدم وسوء القنية (شكل ٤٥) .

٢ - الضموغ - ان الضموغ يحصل في العضلات وفي النسج الخلوي تحت الجلدي وتصل الى حجم بردقانة وتنتهي تلك الضموغ بالتلين او بالتصلب الليفي (قاسته للانبي) فاذا حصل التلين تحصل منها قروح عميقة بشكل فوهة بركان وخاصة في الساق فتتوسع القروح في الجلد ويتقرب الجلد مثل خلايا النحل . اما المرض المسمى (Pseudomyzetoma) الذي عرف من قبل قاسته للانبي والمرض المسمى (auma Rouki bunu) في كينا الجديدة والمعروف من قبل (برائيل) ليسا الا ضموغ حقيقية واما المرض (Pseudomyzetoma) يكون في الرجل وتحصل منه اورام صلبة اللون موجعة جدا تشبه شكل رجل مادورا ولكن لا توجد الفطور المختصة بذلك المرض في سوائها واذا تصلبت الضموغ فيتصلب بشكل ليفي في قرب المفاصل وتحصل منها ندبات ليفية يغير شكل الرجل ويتحصل منها نواسير يسيل منها قيح مع مواد سائلة كدرة .

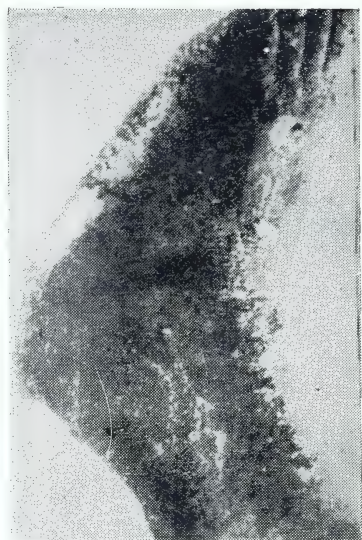
٣ - اوجاع العظام - قد يوجد في المصابين بداء العليق اوجاع في العظام تشتد ليلا بدون وجود سبب آخر وقد عرّفها وكتب عنها ساسالا في جزائر فيجي .

٤ - التهاب العظام والسمحاق - كثيرا ما يشاهد التهاب العظام والسمحاق بدون ان يعرف ان المنشأ هو داء العليق وقد شاهد (Maul ماول) في جزائر الفيلين ٢٠ بالمائة من المصابين بداء العليق مصابين ايضا بالتهاب العظام والسمحاق . وقد كتب بوترو وقلابية ايضا عن التهاب العظام والسمحاق في داء العليق . وان هذه الالتهابات تكون في العظام الطويلة ولذلك يصادف هذا في القصبة والشظية اكثر من العظام الباقية وتأتي بعدها عظام الساعد اي عظم الزند والكعبرة وبعدها عظم الفخذ واذا كان هذا في القصبة والشظية وهو كثير وخاصة اذا كان بالاطفال تحصل اعوجاجات تشابه اعوجاجات الراجيتس وحيانا يحصل تضخم كبير في العظام واذا كان مرافقا للقروح فيحصل لون ابيض وندبات يبيض بعد شفائها (شكل ٣٠ و ٣١) .

ان ماول دقق التخريبات والتغيرات العظمية والسطوح المفصالية باشعة اكس على ٢٠ وقعة وبين بان آفات العظام تتظاهر بشكل متخلخل بيضي او بشكل قطع ناقص يكون موازيا لمحور العظم وان هذا التخلخل يفترق افتراقا تاما عن الاقسام غير المصابة وان اكثر الآفات تكون داخل العظام وفي قسمها المتوسط كما انه من المحتمل ان يشاهد بقشر العظام فحينئذ يكون السطح متخربا ويشخن ويفترق عن العظم واما في الآفات المزمنة فنشاهد عدم انتظام في الخطوط الخارجية للعظم ويضيع الشكل الاول ويحصل تشوه في شكل العظام في الطول والعرض وان اكثر الاشكال ترى في هذا الشكل واما في المفاصل فتحصل التخريبات في السطوح المفصالية المعروضة على التضيق ويصبح السطح المفصلي غير منتظم ومستنا تقريبا واما تفريق داء العليق من داء الافرنج العظمي فيكون بان لا يوجد تشخن في القشر العظمي (توجد استثناءات عديدة) واما من وجهة مواضع المرض فان داء العليق يكون ٨٠ بالمائة في جسم العظم و ٢٠ بالمائة في النهايات العظمية والوجوه المفصالية وان لحصول الآفات في العظام يجب مرور ستة اشهر على الاقل الى سنين واما الترميم في العظام بعد التداوي يتأخر كثير فاولا تشفى الاعراض السريرية والاولاجاع وبعده مدة من الزمن يحصل التحسن في الاشكال المأخوذة بالاشعة وان (ماول) يأتي الى النتائج الآتية : (١) ان اكثر وقوعات داء العليق في العظام والمفاصل تتظاهر



(شكل ٢١) تظاهرات الدور الثالث
في وجه الانسي للقدم (برمان)



(شكل ٢٠) دور الثالث قروح
في ظهر القدم (هالده نبرغر)



(شكل ٢٣) تظاهرات الدور الثالث
قروح في الركبة (هالده نبرغر)



(شكل ٢٢) تظاهرات الدور الثالث
قرحة في الركبة (برمان)

بالاشعة بشكل ووصف خاص (٢) رسوم الاشعة يمكن استعمالها لاجل التشخيص التفريقي ما بين داء الافرنج وداء العليق (٣) ان الاوجاع المفصلية تدل في الاكثر على وجود آفات في الوجوه المفصلية كما ان ٢٠ في المئة من المصابين بداء العليق مصابون بامراض العظام اذا لم يجز تداويهم (٥) يحصل ترميم جيد من جهة العظام من المرضى اذا جرى تداويهم على شرط ان لا يكونوا مصابين بخراب واسع (٦) التداوي باصول قاسته للانبي يسبب الترميم التدريجي للعظام وللوجوه المفصلية (٧) ان نيئو سالفرسان هو احسن واسرع دواء لاجل ترميم العظام وشفاء الداء •

٥ - التهاب المفاصل - ان التهابات المفاصل في داء العليق تتظاهر في شكلين شكل يابس وشكل مصلي • اما الشكل المصلي فيشبه تمام الشبه الى التهاب المفصل الرثوي الحاد ولا يشفى بمركبات الصفصاف بل يشفى بـ (الارسنيق والايودور) اما الشكل اليابس فشاهده (Dupuy) في الكونغو البلجيكية على شكل التهاب المفصل اليابس مع تضمر والتصاق المفصل في الطرف المصاب ان وضعيات القيض والبسط تكون متناقصة عادة في هذا الشكل من التهابات المفصلية واما وضعيات الكعب والاستلقاء تبقى على حالتها في مفصل المرفق وان هذه التهابات تكون موجعة وخاصة في الليل ومن النادر ان تحصل تموجات قيحية في المفاصل والتقيح فيها •

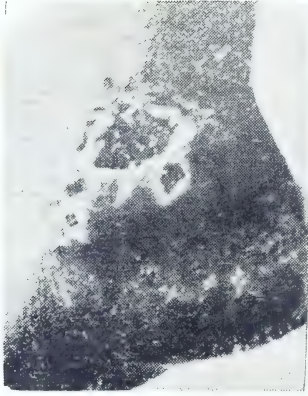
٦ - قروح اخمص القدم - يشاهد شقوق وتضخم في بشرة اخمص القدم وفي راحة اليد كما ذكرنا سابقا لها اشكال خاصة كما هي مرسومة في الاشكال رقم ٣٥ و ٣٤ ومن ١٤ الى ١٨ المأخوذة من كتاب امراض البلاد الحارة لهنرسيه كما انه توجد قروح في اخمص القدم وخاصة في العقب وفي رأس الابهام وفي القسم الوحشي من راحة القدم اي في ثلاثة اقسام من راحة القدم المعروضة للتضييق اكثر من غيرها •

٧ - التهاب البلعوم والانف الاكل والمشوه (Gangosa) ان هذا المرض عرف سنة ١٨٢٨ من قبل ويلالوبوس ورويز كمرض خاص ولكن بعد اكتشاف التره بونه ما من قبل شميستس وكهر وغيرهما في هذا المرض بعد وجود تفاعل واسرمان مثبتا من قبل شمبتز وكندربركر حصل الشك من قبل نومارات في هل ان المرض ناتج عن داء الافرنج او داء العليق وقد اثبت ذلك تحريات هالده نبر كر وجانسلم نسجيا عدم وجود

تغيرات في داخل الاوعية وظهر لهما بانه من داء العلق لانه لا يمكن ان يكون من داء الافرنج بدون ان يكون تغيرات في داخل الاوعية . وان نوزع الجغرافي بين ايضا بان الالتهاب البلعومي الانفي تابع لداء العلق لانه لا يوجد الا في الاقاليم التي يكثر فيها داء العلق ولا يوجد داء الافرنج (موسغراف . مارشال له يس . هالده نبرغر . وان نيتسهن) واما هاسلمان وشبل تمكنا من اجراء تلقيح القروود بالتره بونه ما برته نوئه وتحصيل هذا المرض بالتجربة على القرد وبهذه الصورة تمكنا من الاثبات نهائيا بان الالتهاب البلعومي الانفي الاكل تابع لداء العلق (شكل ٤١-٤٢-٤٣) وان (كه ر) تمكنا من ان يظهر بانه كل من كان مصابا بالغانغوزا كان مصابا بداء العلق .

واما فيما يخص التشخيص التفريقي وفي الاحوال التي لا يمكن وجود الميروختا فيجب ان نفكر بان لا تكون الوقعة وقعة رينوسقله روم او جذام الانف او البلعوم او تدرن الانف والبلعوم كما انها لا تكون ليشمانياز او بلاستوميروز البلعوم ولكن المرضين الآخرين يمكن تفريقهما من هذا المرض بفحص عامليلهما المرضين وعلى كل فلا يكون من السهل ان تنسب تلك القروح الى البلاستوميروز بمجرد وجود فطور بسيطة ولا ان تنسب الى الغانغوزا لوجود السيروختا في قروح الفم لان السيروختا تكثر في قروح الفم ايضا .

الاعراض المرضية في الغانغوزا -- كما هو معلوم تبدى من قرحة صغيرة في حافة شراع الحنك او من عقدة صغيرة او من الجدار الخلفي للبلعوم فتتوسع تدريجا الى الاعماق اللينة والى القسم الغضروفي الانفي والى الاقسام السائرة فيظهر اكلاان كامل للشراع ويحصل منها تضيقات خطيرة على الحياة ويحصل نادرا خراب الاسكليت العظمي الانفي وقبة الحنك واندر منها تتخرب الاقسام اللينة المغطية للفقين العلويين كما تتخرب الاسنان فبقى الشفة كجسر فحينئذ يسري الخراب الى جلد الوجه وبهذه الصورة يستمر المرض سنين ولم تكن الاحوال العامة متأثرة في بادىء الامر فيتوقف المرض بعد خراب كثير من الانسجة ويحصل الشفاء بعد حصول التشوه في الانف والفم او يحصل انتان ثان تكون نتيجته الموت (برانيهل) وتظهر الشوهات باشكل مختلفة فيكون خراب القسم



(شكل ٢٥) تظاهرات الدور الثالث
قروح في رسغ القدم (هالده نبرغر)



(شكل ٢٤) تظاهرات الدور الثالث
قروح في رسغ القدم (هالده نبرغر)



(شكل ٢٧) الدور الثالث قروح
في الوجه (هالده نبرغر)



(شكل ٢٦) تقرح في رسغ القدم
(برمان)

الغضروفي للانف مع هبوطه وضياح اللهات وتثقب الشراع الحنكي مع عدم امكان البلع والتكلم واحيانا يتشكل غور كبير بشكل كهف من الانف والجيوب الفكية العلوية مع البلعوم . توجد عدة رسوم في كتاب بلهن وكارل مه نسس لامراض البلاد الحارة وان الاشكال المأخوذة في هذا الكتاب منقولة من ذلك الكتاب (شكل ٤١ و ٤٣) .

٨ - الحديبات الفوق المفصليّة (Nodosite Juxta articulaire)

ان هذا المرض عرف في سنة ١٨٩٢ كمرض من امراض البلاد الحارة فانه يظهر بشكل حديبات او تورمات من حجم فندقة الى حجم بيضة دجاجة في الجسد قرب المفاصل متوضعين بصورة متناظرة اي في المرفقين تحت الركبتين في الاليتين قرب التروخاتر في العجز في رسغي القدمين وعرف وجوده في سيام وفي جاوة وفي الهند الصينية وفي الصين وفي سيلان وفي افريقيا وفي الجزائر وفي السنغال وفي السودان وفي الكونغو البلجيكية ويظهر عند الوطنيين كما يظهر عند الاوربيين ولا فرق له بين الجنسين اذ يحصل في الرجال وفي النساء ويكون في الكهول دون الاطفال غالبا .

قد وجد المؤلفون في البحوث السابقة عن المرض وخاصة في ادواره الاولى نوعا من الفطور في الحديبات التي كانت ممتلئة بسائل ابيض حبيبي وقد ذكر هؤلاء بان الانسجة تصبح ليفية بعد موت الفطور ويحصل الشكل المعلوم للمرض ولكن هذا الرأي لم يقبله اغلب المحررين واما التحريات الاخيرة التي جرت من سنة ١٩٢٠ وما بعدها من قبل (موتهل فولهى . باررو) وغيرهم ووجود تفاعل واسرمان مثبتا في المرض فقد ولدت الشك في انه لا يكون المنشأ داء العليق او داء الافرنج وقد وجد بعد ذلك (فون وان لون . فون وان ديزقه) الاسيروختا داخل الحبيبات وتوجهت الانظار الى منشأ هل انه داء العليق او داء الافرنج وعند فحص نسيج الحديبات وجد التهاب الاوعية الداخلية والتهاب محيط الاوعية معا تشبهان مستحضرات داء الافرنج النسيجية وبعد ذلك تحقق تأثير التداوي بالنيوسالفارسان والايودور .

وهذه الحبيبات تبقى سنين عديدة ولا تتغير ولذلك لا يمكن عدها من الضموغ بل عدها الكثيرون بانها من الدور الثالث لداء العليق بناء على

انطباقها في المحلات التي يكثر فيها داء العليق ولا يوجد فيها داء الافرنج وشفائها بالتداوي بالارسينيك وبناء على وجود تظاهرات داء العليق المختلفة في الاشخاص المصابين بهذا الداء وعلى كل لم يعرف الى الآن هل ان هذا المرض من منشأ عليقي او افرنجي .

ولاجل ان نعطي فكرا عاما عن اصابات داء العليق انقل جدول الوقائع التي احصاها وان نيتسن في الكونغو البلجيكية وعددها ٤٥٩ :-

فوق الجذع والاطراف سطحياً...			
٢٩	شراع الحنك	٢٧٩	قروح متقيحة
٠٥	الشفة	١٢٤	قروح ذوات قشور
٢٧	الذكر	١٣	سحجات
		عميقاً	

التظاهرات المخاطية

٣٠ - ٠

التظاهرات المفصليّة			
٠٥	مع انصباب	١٧٨	اوجاع
٦٩	يابس ذو تشوه		التهاب المفاصل
		متضخم	
٤٢	ورم عظمي	٧٢	اوجاع العظام
١٢	التهاب الاصابع		التهاب العظام والسمحاق
٢٣		٢٧	تينخر
		٣	

ان هذه النسبة هي عائدة لوان نيتسن في الكونغو البلجيكية ويفهم منها بانه لا يمكن ان تكون هذه النسبة لكل البلاد في عين الشكل .

الدور الرابع - هل يوجد دور رابع لداء العليق مثل داء الافرنج .
ان هربر الذي كتب عدة فصول عن ذلك يقبل وجود الدور الرابع فانه شاهد في جزائر فيجي في ١/١٠٠٠ من السكان مصابين بام الدم او بفلج



(شكل ٢٩) الدور الثالث قروح في
اليد والانف (هاله نبرغر)



(شكل ٢٨) الدور الثالث قروح في
اليد والانف (هاله نبرغر)



(شكل ٣١) الدور الثالث التهاب
السمحاق والعظام (بلهن)



(شكل ٣٠) الدور الثالث
التهاب السمعاق والعظام
(قاسته للانني)

عام مترق او بالاتاكسي لوقوموتريس وان داء العليق في هذه الجزائر كثير رغم قلة المصابين بداء الافرنج وانه لا يعرف انه شاهد طفلا مصابا بداء الافرنج الارثي كما انه لم يشاهد اسنان هوجنسون ولا قرحة افرنجية ولم يصادف ايضا اي انتان افرنجي عند الاوربيين الذين يأتون بمناسبات جنسية مع النساء الوطنيات لان هناك اعتقادا بان المناسبة الجنسية مع النساء الوطنيات هي الوساطة الوحيدة للحفاظ من الامراض الزهرية واما ابراهام فقد توصل الى عين النتائج في جزائر ساموا واما زوايمو فقد دون في كتابه بانه لم يشاهد اي تظاهرات عصبية في الاقليم التي يكثر فيها داء العليق وان تظاهرات الدور الرابع قليلة بدرجة انها تعد معدومة لذلك يجب القول بانه لا يوجد دور رابع لداء العليق ولا اية تظاهرات عصبية ووعائية مثل داء الافرنج .

التوارث في داء العليق - يظهر ان داء العليق لا ينتقل بالوراثة ولكن (بوتله ر) يقول بانه شاهد واقعة واحدة انتقل فيها الداء بالارث كما ان ابراهام وسائر المحررين ظنوا بانه لا يوجد اي فرق بين داء الافرنج وداء العليق من حيث انتقاله بالوراثة . ولكن من جهة اخرى لم يشاهد في الاطفال الصغار اي اعراض لداء العليق لم يكن حاصلًا من انتان خارج الرحم كما ان بارمان شاهد ثلاث اصابات ظاهرة لداء العليق في الام مع تفاعل واسرمان مثبت بالدم بحيث تضع الامهات اطفالا سالمين تماما من المرض مع تفاعل دمهم سلبيا وتوصل هالده برغر ايضا الى عين النتائج فوجد تفاعل دم الاطفال الذين كانوا سالمين بالظاهر سلبيا على ان الام مصابة بداء العليق مع تفاعل مثبت في الدم فلذلك قبل اغلب المؤلفين وبالاخص المتأخرين منهم بان داء العليق لا ينتقل ارثا .

السراية في داء العليق - ان السراية بالارث في هذا الداء لم تقبل كما ذكر سابقا ولكن السراية من شخص الى شخص آخر معروفة منذ القدم ففي كثير من البلدان الموبوءة بهذا المرض ومثلا في (دومنيك وفورموزا) فالوطنيون يجردون المصابين بهذا الداء . ان (باوله) تمكن من انتان الانسان باخذه من مصل حبيبات داء العليق ووضعها على شخص سالم وذلك في سنة ١٨٤٨ بتجربته التي اجراها على الانسان وكرر (شارلوي) هذه التجربة في سنة ١٨٨١ وشاهد بنفسه امكان الانتان بواسطة الحك بالاذافر

المريضة لنفس الشخص وشاهد ايضا التلقيح بنفسه في الاقسام المتناظرة مثل ما بين الاليتين لذلك قبل الآن بان السراية تكون بلا واسطة بل بالتماس اي بمس شخص شخصا آخر ومن حيلة المرضع الى فم الرضيع او بالواسطة اعني بواسطة اللباس والاشياء المستعملة من قبل المريض وان الذباب العادي بشرائطه الحياتية وطرز تغذيته يمكن ان يكون احسن واسطة للنقل وقد شوهدت هذه الحالة من قبل الكثيرين وان (قامته للاني) في سنة ١٩٠٧ وجد التره بونه ما في الذباب التي تغذت من قروح داء العلق وانّه تمكن من انتان القروود بعد تبضع جلداه وترك الذباب التي كانت قد تغذت من قروح داء العلق وان (هونت وجونسون) بينا ظهور الاستيلاء (Epidemie) مع ظهور الذباب وذلك يدل على اهمية الذباب في نقل المرض .

التشخيص التفريقي - ان اهم مرض يجب ان يفرق عن داء العلق هو داء الافرنج لان التعامل المصلي لـ (واسرمان) في كلاهما مثبت كما ان العامل المرضي (برته نوئه) تشبه كثيرا (الباليدا) ولا يمكن التفريق بينهما وان التظاهرات للدور الثاني وخاصة للدور الثالث تشبه بعضها بعضا كثيرا وان كان في الامكان تفريق القرحة الافرنجية المتصلبة الوحيدة الاولى من البابيلوم اللينة العديدة لداء العلق وحتى هذه من القونديلوم الافرنجي بفحصهما فحسا نسجيا ولكننا لا نتمكن من تفريق الضموغ الافرنجية من الضموغ العلقية وان التشخيص التفريقي يكون صعبا جدا (راجع جدول الفروق في المقدمة) فلذلك يجب علينا ان نعتيد في التشخيص التفريقي على عدة اوصاف اي على الاحوال السابقة اعني هل ان الاتان كان اثنا ام كسبيا فاذا كان كسبيا فهل كان في الاعضاء التناسلية ام في خارجها وهل كانت قرحة وحيدة ام متعددة متصلة ام غير متصلة وما هو السن وهل ان الشخص كان في امكنة موبوءة بمرض داء العلق وهل حصل له تماس مع مثل هؤلاء المرضى وهل ان الاشكال المرضية تشبه الاشكال العلقية ام الافرنجية اي ان التوضعات كانت في البشرة ام في الادمة واذا امكن الفحص نسجيا فهل يوجد التهاب الاوعية السدادي ام التهاب محيط الاوعية وهل توجد حجيرات كبيرة ام لا في المستحضرات النسجية وبعد ذلك يفحص عن تأثير التداوي وهل ان التظاهرات تشفى



(شكل ٣٣) الدور الثالث قروح
في الساق ورسغ القدم
(هاله نبرغر)



(شكل ٣٢) الدور الثالث
قروح في الساق والقدم
(هاله نبرغر)



(شكل ٣٥) الدور الثالث قروح
في اخمص القدم (بله ن)



(شكل ٣٤) الدور الثالث قروح
في اخمص القدم (بله ن)

بسرعة بالنيسوسالفارسان والايودورام تتأخر واذا امكن تفريق التره بونه ما وزرقها للمقروود وتحصيل الاشكال المرضية وفحص المناعة المتحصلة وسرعة حصولها ام تأخرها كما سيفصل في الاقسام التالية في الملحق وجمع الادلة الكافية من الاوصاف المختلفة للمرضى وبهذه الصورة يثبت ما اذا كانت الواقعة هي داء الافرنج ام داء العليق ويأتي بعد داء الافرنج امراض اخرى يجب تفريقها ومثلا (*Verruga peruviana*) مع الدور الثاني لداء العليق وخاصة البوليبيدوماتوز واللايشمانيوز البرازيلي مع الغانغوزا (و *Pied madura*) مع (*Pseudomyzetoma*) داء العليق التي عرفت من قبل قاسته للاني وقروح داء العليق مع قروح البلاد الحارة والتهاب المفاصل واوجاع المفاصل مع الرثيه المفصلية . واما الفرق ما بين (*Verruga peruana*) وداء العليق فالاول مرض قائم بنفسه له مناطق جغرافية خاصة وبيئة خاصة غير مناطق داء العليق فلا يوجد في الحطاطات التره بونه ما كما ان سيره يختلف كثيرا عن سير داء العليق . اما الامراض الاخرى فقد اجري تفريقها في الاقسام المختصة كما هو معلوم .

الوقاية - نظرا الى ما نعرفه من شكل السراية يجب الوقاية من التماس مع المرضى في دور الطفح وعزلهم في محل مناسب مع اجراء تدابيرهم لمنع السراية للغير والاعتناء بالنظافة وتعليم الاهالي في المناطق الموبوءة كيفية سراية المرض وقتل الذباب المنتشر والاعتناء بغسل الالبسة وغليها والاجتهاد الى عدم ادخال الاشخاص المصابين بداء العليق في البلدان السالمة من هذا المرض .

الانذار المرضي - ان الانذار مختلف نظرا الى الاشكال المرضية ونظرا الى المناطق التي يوجد فيها مثلا ان القرحة الابتدائية يمكن ان تشفى بنفسها بدون اي تداء وان الدور الثماني اي دور الطفح قد ينتهي بالتيسر ويكون سليما ولكن لم يكن دائما بهذه البساطة فان الدور الثاني يطول احيانا ويسبب ضعفا عاما ويقعد المريض عن العمل وخاصة اذا حصل الدور الثالث وتكونت القروح وان حصل اختلاطها مع الجراثيم الاخرى واذا حصلت (غانغوزا) فتكون النتيجة اسوأ بكثير ويكون ضياع عضو مع تقب شراع الحنك وتبدل الصوت وخنين الشخص عدا التشوه الذي يحصل منه . لذلك يجب مداواة المرض واما بالمداواة فالانذار سليم جدا مثلا

ان الدور الثاني نظرا لقاسته للملاني يدوم في الاطفال من ثلاثة اشهر الى ستة وبالكهول من ستة اشهر الى اثني عشر ولكن بالمداواة يمكن تقصير هذه المدة الى اسوعين او ثلاثة فلذلك فعل التمدن الحديث والتداوي الجيد اظهر مفعوله في هذا الداء خاصة بعد اكتشاف ثمة رليخ للنيتوسالفارسان ويمكن ان يأتني يوم لا نرى فيه الادوار الثالثة المتأخرة وان يتأصل المرض من الامكنة الموبوءة بها تماما .

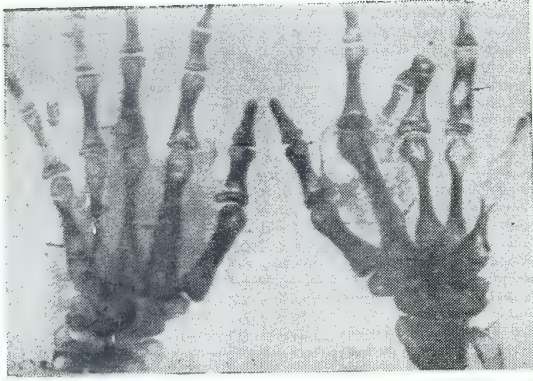
(التداوي) - ان تداوي داء العلق بادخال التداوي الحديث وخاصة

المركبات الارسيكية العضوية تقدم تقدما محسوسا حتى في سورينام غرونيغن (Groningen) تحصل امكان سد مستشفى داء العلق لعدم الحاجة اليه .

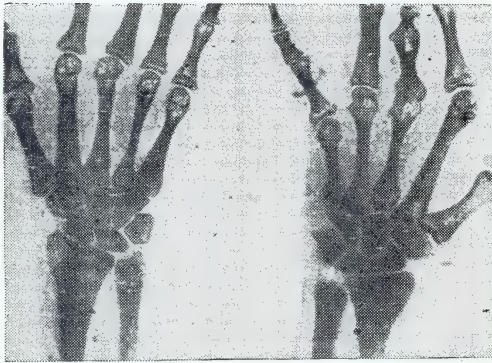
اني اود ان اذكر اولا الادوية العتيقة التي كانت تستعمل من قبل الاهالي المحليين وبعد ذلك ابين التداوي الحديث بالتفصيل فكثير من الاهلين لا يتداوون باكرا ومثلا في دور الطفح الثاني ويعتقدون انهم اذا تداووا باكرا تحصل لهم في كبرهم آفات تؤذ فلذا ينتظرون مرور شهرين او ثلاثة وبعد ذلك يبدأون بالتداوي . ان قسما من المعدان والعشائر القاطنين في العمارة وفي الجنوب يعتقدون بعدم تداوي الاطفال مبكرا ويعرفون بانه مرض سار يسري من طفل الى آخر ويصبح الشخص سالما بعد ظهور الطفح لذلك فهم لا يقربون كثيرا من الاطفال المصابين ويداوون مرضهم في اواخر الدور الثاني او في اوائل الدور الثالث بالزيبق ويستعملون الغليون واصول التبخير بالزيبق وهذه اصول ورثوها عن اجدادهم في القرون الوسطى كما انهم يستعملون جوب جيني (Salsaparella) . اما في كمرون فالاهالي يداوون الآفات الاولى

باستعمالهم كاويات نباتية واما في الكونغو البلجيكية فيكونون القروح بالحديد المسخن الواصل الى درجة الاحمرار وعلى هذا جرى رينكنباخ (Ringenbach) تداوي الطفح بكيه يوميا مرتين بمحلول حامض القروميك (Acide Chromic) بنسبة واحد في العشرة وتمكن من شفاء الطفح بمدة

خمس عشرة يوما . واما كامبوج (Cambodj) فيستعمل كبريتية النحاس وحمض التوتيا . واما كانناك (Cannac) فيستعمل ثاني قرومات البوتاس والبعض يقص الطبقة القرنية بامواس الحلاقة والبعض يستعمل صبغة



(شكل ٣٦) امراض العظام فسمما
متخلخل وقسمما متكاثف
مع تبدلات في
المفاصل (ماول)



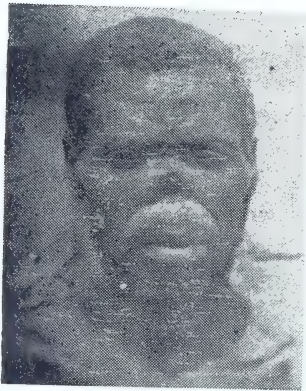
(شكل ٣٧) عين اليدين في الشكل
السابق خمسة اشهر بعد
المداواة (ماول)



(شكل ٣٩) التهاب السحق
للزند والكعبرة في داء
العليق (شوفنه ر)



(شكل ٣٨) التهاب السحق
المتكاثر في دور الثاني
لداء العليق (شوفنه ر)



(شكل ٤١) الدور الثالث غانغوزا
من كمرون (بله ن)



(شكل ٤٠) امراض العظام في
داء العليق (ماول)

اليود • وقال قالهت ان المالائين يستعملون عصارة نبات يسمونه
(كيتا آكو) (Getah agu) او (كيتاجنتان) (Geta jintan) •

اما الادوية الحديثة فتتلخص بالمركبات الارسقية العضوية
وبالايودور البوتاس وباليويق وبالبزموث والادوية السائرة • ان المركبات
الارسقية هي السالفارسان • نيوسالفارسان • نيو ارسافه مين • نيو ارسه
نوبلون • سولوسالفارسان • سالفارسان قوبريك • سيروسيد ستوفارسول •
تره بارسول • ومركب ١٨٩ لفورنيه • وان هذه المركبات مؤثرة اكثر من
الادوية الباقية كلها • اما السالفارسان مركب (٦٠٦) قد ترك استعماله
لصعوبة تحضيره والمستعمل الآن هو النيوسالفارسان مركب (٩١٤) داخل
الوريد وهو الانجح من الادوية كلها وان تأثيره الشافي اقوى بكثير على
داء العليق من داء الأفرنج حتى (سترونغ) في مانيللا شاهد بان (٣٠ ر س غ
الى ٤٥ ر س غ) من النيوسالفارسان يكفي بمدة اسبوعين الى ثلاثة لشفاء
تظاهرات الداء وشاهد على ٢٥ مريضا انهم بعد اربعة اشهر لم يحصل فيهم
اي انتكاس و (هالده نبرغر) في الكمرون الجنوبية وغيلينغ في الكونغو
وكوكن وكاتل وغيرهم من المؤلفين توصلوا الى عين النتائج بزرقين فقط
ولذلك يظهر من هذا بانه لا يلزم لداء العليق كميات الزرقات التي قيلت
انها لازمة لداء الأفرنج اي خمسة الى ستة غرامات من النيوسالفارسان كما
ان النيوسالفارسان يؤثر على الادوار المتأخرة بصورة جيدة وان فلو
(Flu) اعطى ٤٥ ر س غ من النيوسالفارسان لـ (٩٠٠) مريض وشاهد
شفاء محيرا (انني شاهدت ذلك ايضا في العراق في مئات من المرضى) اما
في تظاهرات اخمص القدم وراحة اليد المترافقة مع تضخم البشرة فيجب
اعطاء زرقتين الى ثلاثة لانها معندة اكثر في التداوي • اما دوبوي في
الكونغو البلجيكية يستعمل الى الكهول كميات اكثر اذ يعطيهم ثلاث زرقات
من ٦٠ ر س غ الى ٧٥ ر س غ الى ٩٠ ر س غ والاطفال من ١٥ ر س غ الى ٢٠ ر
الى ٢٥ ر س غ وذلك في كل اربعة ايام مرة داخل الوريد والجل
الاطفال يمكن تلخيص المقدار باعطائهم ١٠ ميليغرام عن كل كيلو واحد
من وزن الجسم • واما الرضيع فيمكن تداويه نظرا الى (شره ككهز)
بتداوي امه بالسالفارسان وجربت الزرقات بالنيوسالفارسان داخل العضلات
فوجدت انها موجهة كثيرا فيمكن استعمال سولو سالفارسان داخل العضلات

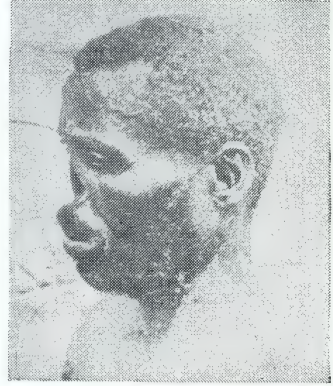
ترجيحا على ذلك واني استعملته كثيرا ولم اشاهد منه اي آلام او تصلب
فاوصي باستعماله للأشخاص وخاصة للأطفال الذين لم يمكن اجراء زرقات
وريدية بهم اما لسمهم او لعدم وجود اوردة سطحية بهم .

ان دوالاو ونسان استعملا النيوسالفارسان في الاطفال بصورة زرقات
شرجية فلذلك يحضر الطفل بحقنة شرجية منظفة ويعطى بعدها مسكن
ومقبض في الشرج من مركبات الترياك (Opiacé) وبعد ساعة من ذلك
يدخل في الشرج قطرة نهلاتون نمرة (١٨) في داخل المقعد ويعطى
ساتيغرامين عن كل سنة من العمر على ان لا يتجاوز خمسة عشر ساتيغراما
وتنحل هذه الكمية في ٦٠ سم من المصل الصناعي والحقنة تعطى بالهدوء
بمدة ربع ساعة على الأقل وتعطى من هذه الحقن ثلاثة الى اربعة حقن
كل خمسة ايام ولكن النتائج نظرا الى روسو لا تعادل الزرقات الوريدية
فلذا تركت اما (وان دهن براندن) فقد استعمل السالفارسان النحاسي للكحول
داخل الوريد وللاطفال داخل العضل وقد حصلت من الزرقات العضلية
تصلبات واوجاع وكان مقدار ما استعمله ٠.٩ ميلليغرام عن كل كيلوغرام
جسد . وان نورفيه (Tournier) استعمل في توغو محلول نه اوارسه نوبلرون
في ١٠١٨ شخصا بحقن داخل العضل الذين كان منهم ٧٧٩ للأطفال فلم
ير سوى وقعة واحدة تموت موضعي في الجلد (Neerose) وهو يحل مجل
واحد من ٢ سم الى ٢.٥ في محلول ٤ في الالف من كلور الصوديوم
المعقم ويجري الزرقات في الكتف في النسيج المنضم كما يعمل زرق لقاح
التيفو وعلى العادة تعمل زرقتين من ٠.٣٠ سم غ و ٠.٤٥ سم غ بعد ستة ايام
وفي المئة عشرين من المائة تحتاج الى حقنة ثالثة وحيانا الى رابعة وعلى
كل فلا يوجد اي ترجيح بصورة قطعية على مركب النيوسالفارسان الاصلي .

وقد استعمل فلايهر وبورنيه في الكونغو البلجيكية مستحضر فورنو
(Fourneaux) (١٨٩) بزرقات داخل الوريدية وكان عندهم اصول المنتخب
للتداوي فيزرق كل ٤٨ ساعة زرقعة واحدة والمقدار يختلف من ٠.٣٠
سم غ الى ٠.٧٥ سم غ في الاطفال وغرام واحد في الكحول وقالا بان لا فرق
بينه وبين النيوسالفارسان من حيث النتيجة . واما الزرقات داخل العضلات
بهذا الدواء فلا ننصح العمل به واستعماله بطريق الفم ولو كان بعين
المقادير اذ يخشى منه التسمم .



(شكل ٤٣) غانغوزا بقروءالتجربة
بالبرته نوئه (هاسلمان)



(شكل ٤٢) الدور الثالث غانغوزا
من كمرون (بله ن)



(شكل ٤٥) الدور الثالث
غانغوزا (زوايو)



(شكل ٤٤) الدور الثالث
قروح الانف
مبدأ غانغوزا (هاله نبرغر)

واستعمل تورنيه وتانون الـ (غاليل) باعطائهم (٠.١٠) س غ الى (٠.٢٠) س غ عن كل كيلو من وزن الجسم بزرقات داخل الوريد وذكرا بانهما توصلا الى نتائج حسنة .

اما المركبات الارسينيقية الاخرى التي تعطى بطريق الفم فالاكثر استعمالا هي السيروسيد (Spiroside) فيعطى باصول (اوبنهايمر) في اليوم الاول للكهل حبتين من ذات (٠.٢٥) س غ صباحا قبل الفطور وفي اليوم الثاني والثالث ثلاث حبات ثم يترك ثلاثة ايام ثم يؤخذ ثلاثة ايام متواليات الى ان تصل عدد الحبات وزن الجسم بالكيلو وقد ظهرت نتائجها الحسنة جدا كما ان الدكتور السيد ابراهيم عاكف الـ لوسي حينما كان رئيسا للصحة في العمارة شاهد هذه النتائج الحسنة في مريضة كانت مصابة بالجل .

وان (وان دم براندن) و (هوف) اوصيا باستعمال سلفو ارسنول ١٩٠ (Sulfo arsenol) من المركبات العضوية الارسينيقية بزرقات تحت الجلد وما بين العضل ولكن يجب انتظار نتائجها ودرجة تأثيرها .

اما الستوفارسول المركب العضوي الارسيني الذي يشبه السيروسيد اعطي من قبل تانون وزامو في كمرون ومن قبل (بورنيه ر) و (كلايه ر) في الكونغو بان يعطى يوميا من غرام واحد الى غرام وربع كل يومين لمدة اسبوعين واما لغر في انام فيعطى الكهول يوميا من ٧٥.٠ س غ الى غرام واحد والاطفال ٢٥.٠ س غ ٥٠.٠ س غ صباحا قبل الاكل مع الماء من حبات ٢٥.٠ س غ لمدة ١٠ ايام . وان هؤلاء المحررين متفقون كلهم على ان تأثير هذا الدواء جيد مثل النيوسالفارسان ولا يحصل منه اي اسهال او آفات في العين ولا تبول الزلال .

واستعمل برمان الستوفارسول بصورة واقية باعطائه (٣٧٥) غراما منه لشخص اوروبي وعند تلقيحه بداء العليق لم يحصل معه اي انتان رغم ظهور المرض في الاشخاص الذين كانوا كشواهد لصحة العملية اما التره بارسول فقد استعمله وان نيتسمن فوجد في بعض مجلات البلاد الحارة ان نتائجه تشبه نتائج السيروسيد والستوفارسول كما ان مقاديره مثل مقاديرهما .

واجرى تجارب بالتارتره مه تيك واعطى بصورة زرقات داخل الوريد مع الايودور البوتاس بنسبة ١٥ س غ تارتره مه تيك ٢ غرام

ايودور البوتاس في ٣٠ س م ماء مقطر وان نتائجه لم تكن مثل نتائج الادوية الارسينيقية .

اما ايودور البوتاس فيأتي تأثيره الحسن بعد المركبات الارسينيقية العضوية ويمكن اعطاؤه داخليا وهو مؤثر اكثر من الزبيق اما المقادير فمختلف فيها فمثلا في كتاب (Practice of medicine in tropics) قاسته للانبي يعطي الدستور الاتي عن مزيج المشهور .

Antimonium tartrate	1 grs. (0,065 cent).
Potassium iodide	1 Drachm (4 gr.)
Sodium Salicylate	10 grs. (0,65 cent).
Sodium Bicarbonate	15 grs. (1 gr.)
Glycerine	2 Drachm (8 ce)
Water ad to 1 oz.	(ad to 30 ce).

ان هذه الكمية تمزج بثلاثة الى اربعة اضعافها من الماء وتعطى للكحول الذين يتجاوز عمرهم الرابعة عشرة ثلاث مرات يوميا واما الاطفال الذين يتراوح عمرهم بين الثمانية سنين والعشرة سنين فيعطون نصف هذا المقدار ويعطى لمن كان اصغر منهم ثلث او ربع المقدار وذلك للوطنين الاهليين اما للاوروبيين فيعطى نصف هذا المقدار واذا لم يجز تمديد المزيج بالماء فيحصل حس احتراق في المعدة ويجب اعطاء المريض هذا المزيج لمدة عشرة ايام ويترك من عشرة الى خمسة عشر يوما واعادة اعطائه لمدة عشرة ايام اخر . ان النتائج بهذا المزيج جيدة وخاصة في الوقوعات الجديدة اما كارل مه نسس وآلبيرت بلهن فقد بينا في كتابهما ان هذه الكميات من الايودور اي اثني عشر غراما يوميا لمدة عشرة ايام تسبب التسمم الايودي (Iodisme) ولا ينصحان اعطائه بهذه الكميات الكبيرة وانهما يعطيان الايودور البوتاس مع الزبيق مثل ما يعطى في داء الافرنج ووجدنا نتائج جيدة في المحلات التي لا يمكن ان يوجد النيوسالفارسان فيها .

وان تومسون يبدل مزيج قاسته للانبي بالشكل الاتي :-

Tartre emetique	0,05 cent
Jodure de potass	2,5 gr.
Salicy. de soude	0.50 cent
Bicarb. de soude	1 gr.
Eau chloroformee	30 gr.



(شكل ٤٦) الدور الثالث قروح
في الفم (هالده نبرغر)



(شكل ٤٧ أ) الحديبات فوق المفصالية
من (مجلة الامراض الاستوائية)



(شكل ٤٧ ب) والمشاهدة (١) (م. بن حبيب) الآفة
الاولية لداء العليق في حالة التندب

فيخلط هذا المزيج في ١٢٠ سم ماء على ان يؤخذ يوميا ثلاثة مرات اي (٢٥) من ايدودور البوتاس يوميا لمدة خمسة عشر يوما ويترك خمسة ايام للاستراحة ويؤخذ مرة ثانية لمدة عشرة ايام ويترك خمسة ايام ويؤخذ للمرة الثالثة عشرة ايام اخر واما المزيج فيكون كدرا لوجود ثاني كاربونات الصودا فيمكن اضافة الغليسرين او شروب السكر لتصفيته .

تأتي المركبات الزيتية بعد الايدودور فان قاسته للانبي بكتابه ينكر اية فائدة من المركبات الزيتية لداء العلق ويعدها من احدى وسائل التشخيص التفريقية ما بين داء العلق وداء الافرنج وحتى بعض المؤلفين يقولون بضرره ولكن التحريات الحديثة تثبت بان مركبات الزبق لها تأثير حسن فان البيرت بلهن يبين نتائج تجاربه الشخصية في كمرون على الاطفال المصابين بالدور الثاني لداء العلق وباعطائهم بلا ايدودور البوتاس سفوف (الكالومهل) قد توصل الى نتائج حسنة جدا وكان المرضى قد شفوا من تظاهرات الدور الثاني بتمامها بعد اسبعين او ثلاثة وان له نر حصل على نتائج جيدة بزرق محلول السوبليمه داخل العضلات وقد داوى بالزيموت في المدة الاخيرة ولم اجد احصائيات ونتائج مفصلة في المجالات الطبية عن ذلك لذلك اکتف بالذکر كما اني وجدت نسبة النتائج في احدى مجلات البلاد الحارة ما بين المركبات الارسينية العضوية وايدودور البوتاس داخلا والزبق والزيموت بالزرقات البين العضلية كنسبة ١٠ الى ٧ الى ٤ فلذلك احسن التداوي هو بزرقات النيوسالفارسان وتكون من زرقتين الى ثلاث زرقات مع اعطاء ايدودور البوتاس على اصول تومسون .

القسم الثاني

ان هذا القسم معرب عن رسالة هاسلمان وشوبل المسماة (المناسبات ما بين داء العلق وداء الافرنج ١٩٣٢) :

(Uber bezihungen swischen Framb. und Syphilis)

فان المؤلفين يتدءان بمقدمة وجيزة ويبيان النقص في الكتب السابقة عن داء العلق مع وجود المعرفة التامة عن داء الافرنج وانهما اجتهدا في اكمال ذلك باصول التجارب المختبرية وخاصة بالتلقيح على القروود بالتجربة حتى يفسحا مجالا جديدا لفهم المرضين ونسبتهما لبعضهما وبعد ذلك قبلا كلمة (Treponematos) دلالة على الاتان التره بونه مائي وفرقا التره بونه ما بالليدا بترجيحها للوريقة الوسطى الرشيمية (Mesoderme) والانسجة التي تتحصل من هذه الوريقة وعداها (Mesodermotrop) من التره بونه ما برته نوئه التي ترجح الوريقة الخارجية الرشيمية (Ectoderme) والانسجة التي تتحصل من هذه الوريقة وعداها (Ectodermotrope) من وجهة توضعهما على الانسجة وبعد ذلك عرفا الدور الاول والثاني والدور المتأخر لداء العلق بصورة موجزة ولا محل لذكرها هنا مرة ثانية بعد التفصيل المعطى سابقا وابتداء المؤلفان بالمباحث الآتية (*): -

التبدلات المصلية بالاتان التجربي في داء العلق ومناسباته للمناعة

ان شكل سير الاتان في الامراض التره بونه مائية (Trepanematosen) في العضوية والتبدلات المصلية تتطابق مع تفاعل الانسجة الناتجة من الاتان ومن المناعة المتحصلة من ذلك وان ذلك ذو قيمة ومطابق للاتان الطبيعي كما للمناعة التجريبية . ان سير التبدلات المصلية في الاتان التجربي بداء

* بما ان بحوث التفاعلات المصلية والمناعة هي بحوث عويصة الفهم فلذلك لم يأت التعريب واضحا كما هو مطلوب فالرجاء من اراد التعمق ان يراجع الرسالة الاصلية ويقابلها مع تعريبها .

العليق وبداء الافرنج وتظاهرات المناعة اجريت على كثير من القروود والارانب بانتظام تام وبفواصل منظمة لاشهر متمادية كما انه اجرى تفاعل واسرمان وتفاعل (Flaculation) باصول (خان) وتبين من تلك التجارب بان للمرضين دوران مختلفان يحصل فيهما التفاعل مثبتا وما بين هذين الدورين يوجد دور سلبي . ان الدور الاول المصلي المثبت المبكر فانه دور خاص محسس (Sensitisirung) لانه توجد نسبة قوية ما بين التفاعل المصلي القوي وقوة الآفات السريرية المتظاهرة اي مع مقدار الطفيليات وبمعنى آخر كلما كانت التظاهرات الابتدائية قوية اي كلما كانت تتره بونه ما الموجودة في الآفات هي اكثر تظهر في عين الزمان تبدلات في مص الدم اكثر وان بعد هذه التبدلات المصلية المبكرة يعقبها دور مصلي سلبي .

ان الدور المصلي المثبت الثاني اي الدور المصلي المتأخر يبدأ بالامراض التره بونه مائة التجربة من بعد التلقيح الاول بـ (٢٤) الى (٢٨) اسبوعا . ان هذا الدور المصلي المتأخر يتطابق في القروود مع مدة المناعة المتحصلة من فوق الانتان المتجانس Hemologe super infection بداء العليق وايضا يطابق تفاعل المتأخر المصلي المثبت قويا مع دور المناعة القوية والتي سببها فيما بعد بانه لا يمكن الانتان بالتصالب لان في هذا الدور تكون المناعة الجنسية Gruppen immunität قد حصلت .

ان المناسبات ما بين الدور المصلي المتأخر والمناعة يمشيان متلازمين لبعضهما حتى بالاصول التجريبي حينما تعجل تحصل المناعة نرى بان الدور المصلي المتأخر يتعجل معه ايضا وان المؤلفين تمكنوا من ذلك بفوق الانتان المتجانس بداء الافرنج اي بفوق الانتان بالتره بونهما بالليدا على القروود المصابة بداء العليق (اي بالتصالب) او بزرق التره بونهما برته نوئه تحت الجلد او العضلات او داخل الخصية او داخل الوريد وبهذه التجارب وبتلقيح التره بونه ما داء الافرنج على القروود حصل تصلب شكلي (Sclerose) مع قليل من التره بونه ما وبدون حصول قرحات وقد شفيت بسهولة . واما الارانب حصلت فيهم قرحة مع تره بونه ما كثيرا وشفيت بصعوبة واما هذان الحيوانان يكونان متعاكسان بانتانتهما بداء العليق على ما ذكر سابقا وان التبدلات المصلية تكون منطبقة على ذلك وان في القروود تظهر تظاهرات

مصلية قوية بالانتان داخل الأدمة بداء العليق أكثر من داء الأفرنج وأما في الأرناب فالمسئلة بالعكس . ان هذه التظاهرات تمثيان متلازمين اي انهما تظاهرات التفاعلات الحياتية التي تتكون في الوجود وان هذه التبدلات المصلية هي انطباع تأثير الانتجن على انسجة الجسد ونتيجة هذه التفاعلات الانتجنية تحصل المناعة .

واذا رجعت التبدلات المصلية الى الصفر اي بدون تفاعل سواء كان بتأثير التداوي بالنيوسالفارسان ام بنفسه واذا حصل انتان جديد فيتحصل تبدلات مثبتة اخرى من جديد وان هذه التظاهرات نسبة للانتان الاول تكون متعكسة اي اذا حصلت تبدلات مصلية شديدة بنتيجة الانتان الاول يكون في الانتان الثاني خفيفا والعكس بالعكس ولكن هذه الحالة لا تدوم الى الابد لان العضوية تضعف بنتيجة الانتان المتكرر والفعالية المصلية المتكررة لا تدوم .

كما ان الفعالية المصلية تضعف بعد الانتان المتكرر وان التظاهرات النسجية المرئية في الجلد وفي الجسد تقل ايضا ويوجد ما بين تفاعل المصلي الميثب وما بين انتجن (Antigen) التره بونه ما نسبة في الكمية التي تتظاهر بزرق التره بونه ما الميته في احسن شكل اي ان قوة التفاعل المصلي متوقفة على عدد زرقات التره بونه ما الميته كما في مسألة الزمن .

ومثلا في القروود يمكن ازالة الفرق ما بين الانتان العليقي القوي والانتان الأفرنجي الخفيف بحقن القروود بمقدار اعلى من انتجن الباليدا وبهذه الصورة يمكن ان يؤخذ تفاعل مصلي قوي كما في الانتان العليقي القوي ومن ذلك يفهم ان الفرق في التفاعل المصلي في الادوار الاولى لداء العليق وداء الأفرنج ناتج عن الاختلاف في كمية تكاثر طفيلاتها في الجسد .

ان تفاعل واسرمان وتفاعل (Flaueulation) في التره بونه ماتوز هو تفاعل اجسام المناعة من طبيعة متجانسة لانها لا تحصل فقط في الانتان الطبيعي بل لانها تتكون بالدم بادخال انتجن تره بونه مائي ميت ولذلك فان تفاعل واسرمان يظهر بالدم كما يظهر تفاعل ويدال في المرض

الحاد وكما يظهر بالتلقيح وان التعاملين المذكورين اعلاه يستمران مدة المرض الحاد كما ان المناعة هي من تظاهرات الانتان ولكن الانتان لا يمكن ان يبقى مدة المناعة . وان تفاعل واسرمان بالزمان قد يصبح سلبي وهذه السلبية يحتمل ان تظهر مبكرة كلما كان التداوي الكيميائي للجسم مبكرا .

ولا يمكن القياس بين تفاعل الامراض التره بونه مائية واجسام المناعة (Immun corpus) والامراض الانتانية الجرثومية لانه لا يوجد تداوي كيميائي مشابه لامراض التره بونه مائية ولا وسائط فحص من عين الطبيعة ولا تفاعل مصلي مثل التره بونه ماتوز في الامراض الانتانية الجرثومية .

المناعة

لاجل تعريف المناعة في التره بونه ماتوز يجب اولا تقسيم مفهوم المناعة الى دورين مهمين على كل فقبل كل شيء يجب علينا القول بان هذين الدورين اي المقاومة ضد الانتان و شفاء التظاهرات المرضية هما مستقلان عن بعضهما . ان عضوية الانسان او الحيوان يمكنهما ان تزيلا قسما او كلا من التظاهرات السريرية والتشريح المرضية وبهذه الصورة يمكن ان تشفيها وبعد ذلك يجاب على هذا بظهور طفح آخر جديد بتكرر الانتان الجديد ولكن بعد ذلك تصل العضوية الى حالة لا تقدر ان تجاوبه بانتان جديد بطفح او محراق (Foyer) مرضي آخر جديد ومع العلم بان المرض القديم باق في الجسد ويحتوي على تره بونه ما ذو وفيروسية فان هذه المقاومة ضد الانتان الجديد لهي مستقلة عن الشفاء وخاصة في داء العليق وفي المناعة المتصالبة .

المناعة في داء العليق

ان المناعة في داء العليق هي كما تلي :-

(١) تبدل مدة التفريخ (Incubation ziet) ان مسئلة تبدل مدة

التفريخ في داء العليق الناتجة من تأثير المناعة جربت على الانسان بصورة تجريبية . وان عددا كثيرا من المتطوعين اجرى انتانهم بصورة

متكررة كما أجرى تداويعهم الكيماوي بازمئة مختلفة • وان اول اتنان في المتطوعين كلهم كان مدة تفريخهم متساوية اي اربعة اسابيع وبعده أجرى تداويعهم بازمئة مختلفة كما أجرى اتنانهم ايضا وقد تبين في الاتنان الجديد في الازمنة المختلفة ان مدة دور التفريخ كانت طويلة كلما طالت مدة الاتنان الثاني من الاول اي ان حصول المناعة هي التي طولت مدة التفريخ وان النتائج عينها قد حصلت في التجارب التي اجريت على القروود •

(٢) تطابق قابلية انفعال الانسجة :

(Umstimmung der Reactions fähigkeit der gewebe) عند تجربة الانسجة فيما يخص قابلية انفعالها لاجراء التجربة انتخب اصول فوق الاتنان المتكرر في القروود والانسان وبهذه الصورة ليس فقط امكن رؤية سير المرض في القروود التي هي مطابقة على الانسان بل شوهد في التجارب الحيوانية تظاهرات مرضية مثل الغانغوزا (Gangosa) التي ترى في الانسان والتي كانت سابقا مشتبها في اسبابها الحقيقية والتي تحقق بصورة قطعية بان اسبابها داء العليق لا غير (شكل ٤٣) •

(أ) دور المناعة السلبية

ان هذا وصف خاص بالتره بونه ماتوز اذ يحصل اشتداد دوري ويحتمل ان يكون ذلك ناتجا عن طبيعة نماء وانبات الطفيليات التي تتمكن بهذه الوساطة ان تبقى حية • وان هذه الحادثات تظهر اكثر وضوحا في التره بونه ما برته نوئه الاكتودرمائية فهنا تبدلات التظاهرات الجلدية تتقطع امام اعيننا اما في التره بونه ما بالليدا الميزودرمائية فتتمو تظاهراتها الى العمق وتظاهر بشكل خاص في الاعضاء الداخلية مع تظاهرات عامة اما في الجلد فيظهر باشتداد دوري متفرق وما بينهما مدة من السكون ومن المعلوم ان التره بونه ما في اي حال من الاحوال لا تنقسم وتكثر بعين الشكل فمن المقبول ان التره بونه ما تكبر الى حد محدود وبعده ذلك تنقسم الى اقسام معلومة وكما حرر اعلاه ان كان في الدور السليبي وزيادة الطفيليات السريعة وتكرر ادخال التره بونه ما سيمكننا بالتجربة تقوية هذا الدور السليبي وبالفعل يشاهد اشتداد شديد بعد فوق الاتنان

المتكرر اي بعد ادخال مقادير كبيرة من التره بونه ما في القروود في ناحية التلقيح او في النواحي المرضية التي هي في حالة الشفاء ولكن هذا الاشتداد يحصل بشرط ان تكون الانسجة واصله الى درجة تحسس معلومة (Sensitisirung) مثل ان يكون اول انتان مضى عليه شهران وما فوق وان هذا الاشتداد لا يمكن مشاهدته بعد خمسة اشهر لانه بعد ستة اشهر لا يمكن اجراء الانتان .

(ب) دور المناعة المشتة

(أ) المقاومة ضد فوق الانتان :

ان من المعلوم ان في داء الافرنج لا يمكن اجراء فوق الانتان بالشخص المصاب بعد بقاء المرض لمدة معلومة . وداء العليق كداء الافرنج ولكن هذه المقاومة تحصل متأخرة كثيرا نسبة الى داء الافرنج . ان مدة حصول هذه المقاومة في الانسان هي ثمانية اشهر على الاقل ولم تكن كاملة فيها بالتجربة على القروود فان هذه المقاومة ضد فوق الانتان تحصل خلال ستة اسابيع الى ثمانية اسابيع ولكن في داء العليق لا تحصل هذه المقاومة في اقل من ستة اشهر ولذلك لا يمكن اجراء فوق الانتان المتجانس وان هذه المقاومة ضد فوق الانتان تظهر بحسب كمية ادوار داء العليق الثلاثة .

يتكرر فوق الانتان في القروود المصابة بظهورات موضعية لمدة ستة اشهر واما في القروود المصابة بظهورات عامة كـ (بولي بابلوماتوز) فلا يمكن فوق انتانهم من بعد اكثر من ثمانية اسابيع واما القروود المصابة بتقرحات الدور المتأخر فيمكن انتانهم اكثر من المصابين بداء ام العليق الموضعي وعلى كل فيكون فوق الانتان اكثر بكثير من المصابين بالشكل العام .

كنا ذكرنا سابقا في المقدمة الفرق الاساسي الموجود ما بين التره بونه ما برته نوئه وهي الاكتودرمائية و تره بونه ما باليدا وهي المزودرمائية ولجل توضيح الفرق في الزمن من خصوص تشكل المناعة في هذين الشكلين المختلفين بفوق الانتان نقول ان المناعة تحصل ترجيحا في المزودرم ولذلك تكون المناعة بسرعة كلما دخلت التره بونه ما هذه الطبقة بصورة سريعة .

ان التره بونه ما بالليدا في داء الافرنج تصل الى الانسجة الميزودرمائية بصورة اسرع وتتكاثر هناك والمناعة تحصل بصورة عاجلة واما في داء العلق فالتره بونه ما برته نوئية تصل متأخرة من البشرة المتلينة الى الطبقات الجلدية الميزودرمائية ولو ان البرته نوئه لا تتكاثر في اعماق الجلد وتعيش قليلا فان التخريش الميزودرم كاف لحصول المناعة واذا حصل بولي بابلوماتوز في داء العلق فيحصل كثيرا من البرته نوئه التي تدخل في الميزودرم وتحصل المناعة بالسرعة كما في داء الافرنج وان قبول هذا الرأي كان ناتجا عن مشاهدات اجريت على القروء بعد حقنهم بالبرته نوئه داخل العضل او داخل الخصية وحصلت فيهم المناعة بقدر ما اذا جرى اتان جلودهم بداء الافرنج .

(ب) المقاومة ضد تعمم التظاهرات المرضية السريرية المرئية :

يعمم المرض في القروء بفوق الاتان بشرط ان لا يمر اكثر من خمسة اشهر على الاتان الاول وان هذا التعمم اي البوليابلوماتوز يحصل منه تحسس وان هذه التظاهرات تدوم مدة من الزمن ثم لا يمكن حصولها بفوق الاتان لان المناعة تكون قد تكونت . ان المدة التي يمكن المرض ان يتعمم فيها محدودة وخاصة اي اذا حصل التعمم في الثلاثة اشهر الاولى اي بصورة مبكرة فالاتان يدوم لمدة اطول مما اذا حصل في الشهر الخامس اي بصورة متأخرة فالاتان يدوم اقل بكثير ويشفى بصورة اسرع .

ان حصول المناعة التي تكون مرافقة بالاعراض السريرية المرئية يمكن تسريعها وتقويتها اذا حصل تعمم مبكر في المرض وبهذه الصورة يمكن التأثير بصورة اجبارية على سير المرض ولا يحصل في القروء الاشكال المتقيحة المتأخرة بعد حصول البوليابلوماتوز واطهرت التجارب بان المقاومة ضد فوق الاتان اذا كانت حاصلة والقروء كان مصابا بوليابلوماتوز فلا يمكن ان تظهر معه تظاهرات اخرى .

(ج) المقاومة ضد الاشكال القرحية المتأخرة :

يمكن تحصيل الاشكال القرحية الكمية لداء العلق المتأخرة في القروء بواسطة اعادة عمل فوق الاتان التجريبي وبهذه الصورة امكن درس شروط المناعة ومناسبتها وفهمها بالتجارب .

مثلما حرر سابقا ان الدور المتأخر يحصل في القروء بالتجربة او بمحل التلقيح وبفوق التلقيح حينما لا يظهر البوليبيلوماتوز المتعمم او يكون في القروء الملقحة بفوق الاتان في مكان التظاهرات العتيقة اي (لام داء العليق) ان هذه التظاهرات تبقى موضعية عمقا وتوسعا ويشفى قسم منها وعلى كل لا يحصل اي تعمم (متاستازي) ان تشكل هذه القروح هي حالة (الله رزيك) وان هذه التظاهرات متى كملت فلا تعود مرة اخرى ولهذا يظهر بان المناعة تقدمت بكثير .

المناعة بالتصالب

وجد بالقروء الذين تحصل فيهم مناعة قوية بعد الاتان بداء العليق ان هذه المناعة كثيرا ما تحميهم من الاتان بداء الافرنج ومن تحصل القرحة الابتدائية الافرنجية وفي جلد القروء المحافظين بالمناعة لداء العليق ان التره بونه ما باليدا لا تكثر في جلدهم كما ان لا تصل الى العقد اللمفاوية .

هذا من جهة ومن جهة اخرى ونتيجة مشاهدات عديدة وجد ان فوق الاتان المتجانس الداخلي الجلدي التجريبي في داء العليق لا يسرع تشكل المناعة اذا لم يحصل بوليبيلوماتوز وبالعكس يسرع تشكل المناعة لداء العليق بفوق الاتان غير المتجانس اي بالتره بونه ما باليدا المهزودرمائية داخل الجلد مثلما يحصل في البوليبيلوماتوز المتعمم من البرته نواته او من زرقة داخل الطبقات المهزودرمائية .

واما ما يخص تشكل المناعة في داء الافرنج بالتره بونه ما باليدا المهزودرمائية فلا فرق اذا كان الاتان قد حصل بطريق الجلد او بطريق الانسجة المهزودرمائية .

وان المناعة القوية التي تحصل في الاتان الافرنجي تحفظ من داء العليق واما الاختلاف ما بين الاشكال التره بونه مائة هو في اختلاف مدة نماء المناعة في الشكليين اي البرته نواته والباليدا مع العلم بان المناعة في الشكليين تحصل بعين الشكل (Homologe) المتشابه اسرع من الشكل المتخالف (Heterologe) اي بالتصالب .

وقد ظهر المهم بالتجربة على القروود ان زمان حصول المناعة المتصالبة وتسرعها بفوق الاتان المتصالب تابع الى حساب رياضي معلوم مثلا في داء العليق تحصل المناعة المتشابهة (Homologe) في مدة لا تقل عن اربعة وعشرين اسبوعا واما في داء الافرنج فتحصل المناعة المتشابهة في مدة ٨ اسابيع ولذلك $24 + 8 = 32$ $\cdot \frac{32}{4} = 8$ وفي الحقيقة ان القروود المصابين بداء العليق الذين يجري فوق انتانهم بداء الافرنج تحصل مناعتهم ضد داء العليق في ٤ اشهر \cdot وهذا اثبات آخر بان المناعة في التره بونه ماتوز هي حقيقة وتتبع عين القوانين مثل الامراض الانتانية ولا يمكن بهذا الخصوص تفريق داء الافرنج وداء العليق منهما \cdot

اصول جديدة لتجربة المناعة التره بونه مائية وفوائدها بخصوص فهم داء العليق وداء الافرنج

ان اصول التجربة بانتان المتصالب داخل الجلدي بزرق التره بونه ما الحية للقروود هو على كل اقرب للاتان الطبيعي الذي يحصل عند الانسان بكثير من اصول التجربة التي عملها كثير من الذين ارادوا فهم داء الافرنج بزرقات لداخل خصة الارانب او الى صفنها \cdot ان الغاية والفكر هو ان يكون هناك تشابه وتقارب من الحالات المرضية التي تحصل في الاتان التره بونه مائي بالانسان وتقليدها حتى يمكن فهمها جيدا وفي تجارب داء العليق فقد وجدنا تشابها شديدا في مشاهدتنا على الانسان والقروود وان التجارب على القروود بخصوص المناعة وتحصيلها وسير المرض يمكن تشميلها الى داء العليق الانساني وان المحرر يقول بانه تمكن لأول مرة في تاريخ داء العليق بواسطة فوق الاتان داخل الجلد ان يحصل على السير الطبيعي لداء العليق مع تظاهراته المختلفة السريرية على القروود وانه اعاد تجاربه مع تقليد الآفات المرضية بكل موفقية على ان كثيرا من التجارب العملية السابقة في داء الافرنج لم تنجح وان سير مرض داء العليق التجريبي يمكن تحصيله على ثلاثة اشكال :-

١ - يمكن تحصيل القرحة الابتدائية بدون ان تحصل بعدها اية نتائج سريرية مرئية \cdot

٢ - يمكن تحصيل القرحة الابتدائية الشكلية ونتيجتها انتشار عام وانتقالات (Metastase) و بوليبايلوماتوز ولكن بدون قروح الجلد .

٣ - يمكن تحصيل القرحة الابتدائية بدون البوليبايلوماتوز مع حصول الاشكال القرحية الجلدية المتأخرة .

اننا كنا قد بينا سابقا بان الانتان في الباليدا هو بشكل واحد سواء كان الانتان في الاكتودرم ام في المهزودرم . واما في التره بونه ما برته نوته فان طرز الانتان لمهم جدا فما يتعلق بوقت المناعة وتشكلها وخاصة فانه يجب محافظة خاصيتها الاكتودرمائية لتبقى لها قيمتها ويمكن تحصيل المرض في القروود بهذا الشكل من التجارب بتلقيح الجلد يطابق سيره مثلما يحصل عند الانسان . وبهذه الصورة يحصل هجوم على خطوط المدافعة حسب ترتيبها للعضوية المصابة بالمرض ويحصل التحريك ضد الطفيليات ولا يحصل طفر اي من الخطوط الدفعية مثل ما يعمل الانتان داخل الخصية بالبرته نوته .

ان الانتان الوحيد للجلد بالتره بونه ما داء العليق الذي تحصل منها القرحة الابتدائية فقط (كما ان اكثرية النتائج في قروود التجربة على هذا الشكل) تحصل فيها المناعة بعد ستة اشهر واما في القروود التي اتنت بداء الافرنج فتحصل المناعة المتصلبة لداء العليق بعد ثمانية اشهر . وان تأخر تشكل هذه المناعة يعطي فرصة لدرس تأثير فوق الانتان المتشابه بداء العليق وتأثير فوق الانتان المتصلب على القروود المصابة بداء الافرنج وتلقيح اللقاح التره بونه ما ئي المشابه وغير المتجانس المتصلب .

وبهذه الاصول التي جربت لاول مرة يمكن تعيين درجة تشكل المناعة وتعيين درجة سرعة تشكلها ايضا وقد تبين ايضا حصول المناعة النوعية المتقابلة ما بين داء الافرنج وداء العليق حيث انها تظهر اولا حينما تظهر المناعة المتشابهة (Homologe) وبالطبع تظهر حينما تكون هذه المناعة في اعلى درجتها .

ان اصول التجربة هي كما يلي :-

تلقيح قرود التجربة بداء العلق المحضرة سابقا داخل الجلد كما يلقيح القرد الطبيعي الذي سيكون شاهدا وهنا يجب الاهتمام بان يكون قرد التجربة والقرد الشاهد من عين الجنس وان يكون مقدار المادة الملقحة متساوية وان يجري التلقيح في عين الناحية من الجلد ويكرر هذا التلقيح كل شهرين .

كانت القروود التي تحت التجربة في اول التلقيح مكتسبين المناعة ففي التلقيح الثاني يظهر المرض في قروود الشواهد فقط وان لم تكن قروود التجربة مكتسبين المناعة فيظهر فيهم المرض ثانية وفي اعادة هذه العملية يظهر ان قروود التجربة المحضرين تظهر مناعتهم قبل قروود الشواهد او شهرين او ثلاثة اشهر ومن ذلك نعرف ان اتان الدخال الجلدي المتكرر بداء العلق اذا حصلت منه آفات موضعية فقط يسرع الاتان الجنسي المشابه كما يسرع الاتان الجنسي المتصالب .

ان هذه التجارب كشفت لنا لماذا لا يمكن درس التجارب الافرنجية على الارانب وان النتائج تبقى سلبية لانه يوجد احتمالان لا غيرهما الاول انه لا تكون هناك مناعة ابدًا فتكون قابلية التفاعل قوية جدا والثاني ان يكون في (دور اللريزك) وتكون المناعة الكافية قد حصلت .

فمن هنا نشاهد درجات متفاوتة في كمية المناعة وفي درجة نموها بين القروود الحائزين على المقاومة الكاملة وبين الحائزين على عدم ضعف القابلية لقبول المرض من القروود المصابين بداء العلق وتظهر بهذه الصورة تظاهرات سطحية يابسة من محل التلقيح قبل حصول المناعة بقليل تشبه (الفرامبوزيد) ولا تحتوي على التره بونه ما او تحتوي على قليل منها واذا كان قد جرى تدوي القرد المتن وتأخر انتانه فيرى قروح الدور الاخير في محل التلقيح وبهذه نستدل من شكل المرض الحاصل على درجة وصول المناعة ومقدارها .

طبيعة المناعة في التره بونه ماتوز

كان يظن سابقا بان داء الافرنج لا يعطي مناعة وان المقاومة ضد اتان جديد في الحيوانات والانسان المصابين بداء الافرنج وعدم تلقيحهم

ناتج من وجود المرض بهم ولكن علم الآن ان داء الافرنج بادواره الاولى قابل الشفاء بالتداوي الكيميائي ويمكن الانتان من جديد بعد ذلك . وقد علم بالتجربة بان الارانب والقروود اذا كانوا مصابين بداء الافرنج مدة طويلة واجرى تداويهم بصورة جيدة فانه لا يمكن انتانهم من جديد بالتلقيح مرة ثانية بعد انعدام التظاهرات المرضية السريرية كما انه وجد تره بونه ما حية في عقدهم اللفاوية ذات (ويروسية) كافية يمكن تلقيح حيوانات اخرى بها واطلق على هذه الحالة اسم (الانتان الخفي) او (مناعة القرحة) او (مناعة الانتان) او (الانتان الاصم) ولذلك قد حصلت غلطات بالتجارب للعصر الماضي في الفهم السريري وفهم مناعة المرض بل في فهم داء الافرنج ودخلت المسئلة في مأزق لا تخرج منها لانه من توضيح المقاومة بالانتان الخفي نسي كليا بان المقاومة ضد الانتان لا تتمشى مع شفاء آفات الانتان الموجودة وطلب من مناعة داء الافرنج اي بعد ظهور المقاومة تعقيم العضوية من العامل المرضي الذي لم يحصل في اية مناعة اخرى من الامراض .

ان بقاء اسيروختا داء الافرنج في العقد اللفاوية بصورة حية هي قضية الشفاء وليست قضية المقاومة وان العامل المرضي وصل الى الاعضاء الداخلية قبل حصول المناعة وان الجراثيم تبقى حية حينما تشفى القرحة الابتدائية سريريا مثلما تبقى التره بونه ما برته نواته الاكتودرمائية حية في آفات الام (Mutterläsion) مدة طويلة حتى بعد حصول المقاومة وحتى بعد عدم امكان حصول انتان جلدي جديد والتوسع في الجسم .

واذا حصلت المناعة ضد داء العلق في القروود وكانت مناعة قوية عالية اي اذا تحققت بحيث ان فوق الانتان لا يمكن ان يحصل وثبت ذلك فعندئذ لا يمكن الانتان داخل الجلد بالعامل المرضي لداء الافرنج وبهذه الصورة لا يمكن دخول الباليدا ولا البرته نواته في العقد اللفاوية ومن ذلك نفهم انه توجد مناعة قوية حقيقة ليست متجانسة ومتشابهة للبرته نواته فحسب بل لباليدا داء الافرنج بالتصالب وان لم يكن انتان خفي هناك .

والنظرية التي تسمى الانتان الخفي تبقى خارج الصدد لاجل ايضاح المقاومة لان هذه المقاومة لها مناعة مختلفة الدرجات تتكون بنتيجة دوام الانتان في الادوار الاولى وان نظرية الانتان الخفي لتوضيح المقاومة

لا تتطابق مع ما حرر ووجد بالتجربة اعلاه لان توجد مناعة بدون ان يحصل اي انتان في العقد اللمفاوية •

يوجد قانونان لتوضيح داء الافرنج لبراون وبيرس وهما قانون التناسب المتعاكس وقانون التعاقب وان هذين القانونين يبينان تأثير المناعة على سير الانتان لا غير • وان قانون التناسب المتعاكس ينطبق على الانسان كما ينطبق على الحيوان وعلى داء العلق كما على داء الافرنج اي كلما كانت التظاهرات المرضية الاولى قوية فان التظاهرات المتأخرة تكون خفيفة والعكس بالعكس ولذلك كلما كان الانتان الاول قويا فتحصل مناعة قوية بهذه النسبة اي كلما كان خط الجدول للدور السلبي نازلا في الدور الاول فيكون صاعدا في جدول دور المناعة المثبتة ولذلك فان هذا القانون ليس صحيح لمدة نمو المرض فحسب بل انه صحيح من الجهة العددية ايضا اي ان درجة الانتان الاولى وعددا الطفيليات متناسبة مع درجة المناعة المتحصلة ومتعاكسة مع النمو • وان في دور الحضانة في محل تلقيح التره بونه ما داء العلق وتكثرها يحصل الاحساس في الانسجة ويظهر بالتظاهرات الاولى المولدة (Mutterlasion) ومع هذا الاحساس تبدأ المناعة بان تحصل وتظهر بتأخر دور الحضانة اذا جرى فوق الانتان واذا اختلفت الموازنة في هذا الدور بين المقاومة الطبيعية والطفيليات الداخلة حديثا اي اذا ضعفت المقاومة وكثرت الطفيليات فيحصل الدور السلبي العميق في داء العلق وان القروود الملقحة بتلقيح واحد والتي ظهر فيها (تظاهرات الام) (Mutterlasion) يمكن ان يحصل بها نكس موضعي قوي او تعمم بوليبيلوماتوز بتلقيحهم بفوق الانتان المشابه لداء العلق او بفوق الانتان المتصالب لداء الافرنج • وبواسطة هذا التكرار التره بونه مائي الزائد والانتيجن (Antigen) التره بونه مائي يحصل سقوط هائل في الموازنة العضوية وان المناعة التي بدأت تحصل في الدور الاول من المرض اي في القرحة الابتدائية تسقط سقوطا كبيرا بدور سلبي ولكن الرقاص يميل الى الصفحة الثانية عاجلا اي الى الدور المثبت وبعد تموجات كبيرة اخرى تصبح المناعة قوية •

ان القروود المصابين بداء العلق بالتجربة والذين اصابوا في تظاهر ام العلق فحسب يمكن ان يحصل لهم فوق الانتان الى ستة اشهر وبالعكس

إذا كانوا اصابوا بالبوليميا تونز فلا يمكن اصابهم بفوق الاتان التجريبي
بعد مضي شهر او شهر ونصف •

وإذا حصل احساس الانسجة تدريجيا بدون ان يكون سقوط عميق
الى الدور السلبي فحينئذ يحصل دور (اللزنيك) ومعه تظاهرات القروح
للدور المتأخر وقد شوهدت هذه الحال في القروود التي اصبحت باتان
ضعيف ودامت ام العليق معهم مدة طويلة فتحصل فيهم هذه القروح حينما
يصابون بفوق اتان آخر كما انه شوهد احيانا اصابة القروود التي اجري
تداويهم باكر وبقوا مدة طويلة ثم اجري اتانهم من جديد قد اصابوا
بعضا بهذه القروح •

اما القانون الثاني لبراون وبيرس اي قانون التعاقب فيتضمن ان
انسجة الجسد المختلفة تمرض بتعاقب ثابت هذا فيما يختص بالباليدا
فقط وان هذا القانون يأتي من المناعة • وان الجلد يصادفه اول هجمات
الطفيلات وان المناعة تحصل فيه لأول مرة وان ادوار المناعة المتعاقبة
تبدأ من الجلد الى حد حصول دور (اللزنيك) وان مناعة الاعضاء
السائرة تحصل بعد مناعة الجلد التي تشكل باب الدخول الطبيعي للمرض
وان الاعضاء السائرة تحصل مناعتها حسب اصابتها بالترتيب ولذلك فان مدة
الحضانة للاعضاء الداخلية تطول في المناعة الابتدائية الاولى وبهذه
الصورة يمكن تنوير اسباب وجود ضموغ في العظام او في الكبد رغم
وجود (انه رزي) في الجلد (Anergie) •

ان الاتان الافرنجي للاعضاء الداخلية يأتي بعد الاتان الجلدي
ويبقى تحت تأثير تشكل المناعة الابتدائية وتحت هذا التأثير اي تأثير
المناعة الابتدائية الاولى اما ان تتأثر الانسجة قليلا او ان تدخل في
الدور السلبي ويحصل فيها تغييرات عضوية شديدة في الاعضاء وبينما الاتان
في باب الدخول في الجلد وتحت تفاعل الانسجة الطبيعية يسير فنرى في
داء الافرنج تفاعل الاعضاء الداخلية وتظاهرات الدور الثاني في الجلد
وتظاهرات الدور الثالث مثل فوق الاتان في العضوية المتحمسة ولتبدل
قابلية تفاعل الانسجة في الجسد نرى تبدل الاشكال المرضية وتوضعاتها •
ان المؤلف استطاع ان يثبت هذا الامر بالتجارب ومثلا تمكن بالتجربة
على القروود التي حصلت فيها مناعة ضد داء العليق والتي اصبح جلدها ذا

مناعة ضد التلقيح لداء الافرنج وجد ان اعضاءها الداخلية لم تكن ذات مناعة بعد وقد اجرى تجربته على قرود اصبوا بداء العلق فتحقق عنده بان القروود كانوا ذوي مناعة كافية بحصول نتائج سلبية متكررة بفوق اتنائهم بداء العلق واجرى اتنائهم بالتصالب بداء الافرنج داخل الجلد . وان فوق الاتان المتصالب بداء الافرنج بقى سليبا اي ان القروود كانوا حائزين على مناعة متصالبة ايضا اي ان المناعة المتصالبة كانت بدرجة عالية اي ان البالليدا كانت تموت في الجلد ولم يجد اي بالليدا في العقد اللمفاوية مع انه وجد في هذه التجربة ان قروود الشواهد كانوا قد اصبوا بقروح متصلة مع وجود البالليدا في العقد اللمفاوية وقد اعيد الاتان في القروود الحائزين على المناعة الكاملة بالبالليدا بعد شهرين وكان داخل الخصية وكانت النتيجة ان نصف القروود التي كان جلدهم ذا مناعة كافية اصاب عقدهم اللمفاوية العائدة للطرف الملقح بالليدا قابلة للاتان وبهذه الصورة حصل عندهم كما يقال اتان خفي رغم وجود مناعة متصالبة كاملة في الجلد ولكنها لم تكن مناعة كافية في الخصية او في الاعضاء الداخلية فلذلك وجد ان كثيرا من التظاهرات الحياتية والسريرية لداء الافرنج تتطابق مع قانوني المناعة .

يذكر المؤلف بانه كانت نتيجة مئات من مشاهداته لمدة ست سنوات ممكنة من القول بان توجد مناسبات ثابتة ما بين اشكال التظاهرات والنمو المرضي المختلف من جهة والمناعة من جهة اخرى وان المناعة مسؤولة عن تبدل التظاهرات وعن عدد التره بونهما الموجودة وعن الانتيجن المتحصل وان عدد الطفيلات هو الذي يحصل الآفات السريرية ولذلك تكون مقدار التره بونهما في ام العلق في الدور الابتدائي قليلة جدا واما في الاشكال الرطبة وفي التظاهرات النامية وقبل حصول دور البوليبيلوماتوز تكون كثيرة وفي دور التيبس في الفرامبوزيد تكون قليلة جدا وفي الادوار المتأخرة اي في دور القروح في الهيركه راتوز تكون صعبة الوجود .

ان الدور السلبي يتصف بالانفلاق والتكثر الزائد التره بونهما في وذلك يحصل في الدور الاول او في الانتقالات المتعممة (Metastastische generalisation) وبالعكس تنقص الطفيلات ويجدد نموها التام حينما تصبح العضوية ذات مناعة كافية وذلك في ادوار الانتقال من

دور الى دور آخر ومثلا في دور الفرامبوزيد وهنا تشبه المناعة التريونه مائية المتحصلة (ان كانت من خصوص تقليل قوة تكثر الطفيليات او منع تكثر الطفيليات التام) الى (مناعة ضد دخول الجراثيم في الامراض الانتانية) (Anti aggressin immunität) •

واذا اردنا الايضاح بتعبير آخر يمكننا ان نقول ان ميكانيكية المناعة ضد التريونه ماتوز تتشكل بشكل ان الطفيليات التي قابلة للتكثر عادة في الجسم الغير حائز على المناعة تصبح كطفيليات سابروفيت غير قابلة النمو في الاجساد الحائزة على المناعة ضد التريونه ماتوز ولكن هذه الحالة لم تكن ناتجة عن تبدل اساسي لجسم الطفيليات لان هذه الطفيليات التي لا تتكثر في الانسجة الحائزة على مناعة كافية اذا لقحت في انسجة اخرى في الجسد التي لا تحوز لمناعة ما فترى ان هذه الطفيليات تتكثر هناك وتخرش الانسجة المذكورة كعادتها •

نحن نصف قابلية التفاعل ضد الطفيليات بـ (الآنه رجي) من وجهة مناعة الانسجة ولا يوجد هناك منع تام في التفاعل الجلدي •

وكل ما هنالك في اول الامر ان المناعة تضيق على نمو الطفيليات الملقحة لزمن محدود وعلى تكثرها ولا يحصل بفوق الانتان المتجانس اي آفات في الجلد • حينما في هذا الجلد الذي كان ذو مناعة كافية ضد فوق الانتان المتجانس يحصل فيه آفات مرضية جلدية لمدة مديدة بفوق الانتان المتصالب وبعده لا يمكن ان تحصل اي آفات مرضية في الجلد بالشكلين من الانتان اي لا بالبرته نوئه ولا بالباليدا اي لا بالتجانس ولا بالتصالب ومن هذا نفهم بان الشكلين للتريونه ما ولو كانا حياتيا يختلفا عن بعضهما فهما من شكل وجنس واحد •

مدة المناعة الجنسية والمتشابهة في التريونه ماتوز

قد حصل الظن بان المناعة في داء الافرنج تبقى مدة بقاء الانتان وحينما يشفى الجسم من الطفيليات بالتداوي الكيماوي فان المقاومة يجب ان تنعدم وان امكن الانتان من جديد • ولكن هذه النظرية كانت ناتجة عن ان المقاومة ناتجة عن الانتان الخفي ولكن هذه هي تبديل الاسباب •

ان الاتان الخفي وبتغير آخر الاتان الموضعي في التره بونه ماتوز (مثل سائر الاتانات اي سواء كان جرثومة او حوينا ابتداءيا او كان ويروس قابل الترشح) هو النتيجة وليست السبب للمناعة .

واذا تكونت المناعة تماما تدوم طول العمر . وان القروود المتئين بداء العليق وداء الافرنج بعد الاتان الاول باربع سنوات وجدوا انهم ذوو مناعة ضد الاتان المشابه ضد الاتان المتصالب . ويجب ان تقبل بان هذه المناعة التره بونه مائية تدوم طول العمر . ومع ذلك وجدت تجارب دلت على ان المناعة بمرور الزمن تتحسن وتقوى وتصبح كاملة . وان الحيوانات المصابة بقروح الدور المتأخر التي تكون مناعتهم في الابتداء غير كاملة ويمكن ان تدوم سنة كاملة تصبح ذات مناعة كافية بعد ذلك ضد اي تلقيح كان .

وان انتشار المرض في البلدان الموبوءة بداء العليق يؤيد ذلك مثلاً في البلاد الموبوءة بداء العليق يظهر داء العليق بادواره الابتدائية في الاطفال والشبان فقط واما الكهول فلا يرى فيهم سوى الاشكال المتقرحة للدور المتأخر او اشكال الهيركرا توزية . وهذه الحالة سببت حصول القناعة لدى قليلي التجربة في هذا الداء بان يظنوا وجود مناسبة بين اشكال داء العليق وسن المصابين به . وان التجارب علمتنا بان الكهول الذين يأتون من مكان سالم الى مكان موبوء بالمرض يأخذون المرض مثل الاطفال واما الكهول الذين اصابوا في طفولتهم بداء العليق في البلاد الموبوءة بالداء المذكور يحصل لديهم المناعة الكافية بشفايتهم لنفسهم ولذلك فانهم لا يصابون مرة اخرى بداء العليق كما ان الاحصائيات تدل على ان النسبة المئوية من المتداوين في اول المرض بالتيوسالفارسان يتتابهم نكس عاجلا او آجلا . وان تجارب المؤلف في هذا الخصوص تبين بان ذلك لم يكن نكسا بل كان اتانا من جديد او اتانا متكرراً وان ذلك ظاهر من التجارب التي اجريت فان قرب دور المناعة (Präimmunität periode) الذي هو طويل جدا في داء العليق يمكن ان يمتد اكثر من سنة بالتداوي المبكر .

تجارب اللقاح الواقي ضد التره بونه ماتوز على الحيوان

إذا فكرنا في ان الصينيين والهنود قبل الف سنة من كشف التلقيح ضد الجدرى كانوا يعملون به وان الافريقين يعرفون اللقاح الواقي ضد عضة الثعابين وان الصينيين الجنوبيين لا يداوون الاطفال المصابين بداء العلق قبل مرور سنة من الزمن ويعتقدون باصابتهم مرة ثانية اذا بكروا في التداوي وسمع الانسان بان الافريقين يلقحون داء العلق الى اطفالهم بصغرهم حتى يصابوا بصغرهم وبشفوا بصورة اسهل واسرع واذا اخذوا المرض في كهولتهم فان المرض يؤثر في عظامهم حيث يجب ان يفهم بان مدلول المناعة قديم جدا . واذا دققنا علم المناعة الذي هو في تكامل مستمر خلال هذه الثلاثين سنة الاخيرة واذا نظرنا الى الامصال العديدة المتنوعة الواقية والشافية التي نستعملها في طبنا الحاضر نرى انفسنا غارقين في حياة قديمة وقديمة جدا فيما يختص بداء الافرنج حيث نرى الكثيرين حتى الآن هم على آراء (دي دي Diday) العائدة لسنة ١٨٦٢ فيما يتعلق بمناعة داء الافرنج واستسلامنا الى الوقائع السريرية فقط اخرتنا كثيرا عن فهم داء الافرنج .

ان كل من يريد فهم هذه المسئلة يجد نفسه امام آراء مختلفة فيضل فكره ولكن تجارب المؤلف الحديثة على القروود اوصلته الى ان في التره بونه ماتوز توجد مناعة حقيقية بدون ان يكون ما يسمى (الاتان الخفي) وان ذلك تمكن من اثباته بطريقتين مختلفتين احدها مثل ما حرر سابقا بفوق الاتان الغير متشابه المتصالب على الحيوانات الحائزة على المناعة القوية . وثانيا بلقاح الواقي اي بالتره بونه ما الميتة التي لا تمكن ان تعمل اتانا خفيا .

ان المناسبات الموجودة ما بين تظاهرات المناعة وما بين التحولات المصلية اوجبت اجراء هذه التجارب فوجد عند زرقة تحت الجلد بالتره بونه ما الميتة بالحرارة في القروود اعطت تفاعل مصلي مثل ما تعطي في دور المبكر في الانسان وكانت درجة التفاعل متناسبة مع كمية التره بونه ما الميتة المعطاة ولذلك اوجبت على الحيوانات التي عوملوا بهذا اللقاح (Vaccine) ان يجربوا ايضا على مناعتهم . فوجد ان قروود التجربة الملقحة بلقاح الواقي بالبرته نوئه ام بلقاح الباليدا باتنانهم بداء

العليق حائزين على مناعة على شرط ان لا يكون اللقاح مسخن اكثر من ٦٠ سائغرادا وان لا تعمل هذه التجربة قبل مرور ستة اسابيع من اللقاح الواقى •

ان تلقيح اللقاح في الوريقة المتوسطة (Mesoderme) تسبب حصول المناعة بسرعة مثل الشكل المتعمم وعلى كل اسرع بكثير من الانتان الجلدي • وان نماء المناعة تظهر في التبدلات المصلية وان تلقيح اللقاح تسبب لدور مصلي مثبت مبكر تشبه للتبدلات المثبتة التي تحصل عادة في دور الآفات الاولى كما انه لا يحصل من تلقيح التره بونهما الميته تبدلات مصلية متأخرة وعند اجراء انتان متأخر لتجربة المناعة وجد رجوع شديد في التبدلات المصلية المثبتة كمثل ما يحصل في حيوانات التجربة الممتنين المبتداء ان يحصل معهم البوليبايلوماتوز المتعمم •

فاذا نظرنا من وجهة المناعة ومن وجهة المصلية ان التلقيح الواقى يشابه الى الدور الاول والتلقيح المتأخر بالبرته نوته الحي (لاجل تجربة المناعة) يشابه لدور البوليبايلوماتوز والتلقيح بلقاح الواقى يشكل مناعة عالية حتى قبل انتهاء دور الحضانة وبهذه الصورة المناعة تمنع تحصل الآفة الابتدائية واذا كانت المناعة ليست عالية في آخر دور الحضانة فحينئذ تحصل الآفة الابتدائية مع تظاهرات دور الاول ولكن تتسرع حصول المناعة لدرجة بان بعد اربعة اسابيع لا يمكن انتان الحيوان بفوق الانتان التجريبي •

اذا اردنا قياس درجة قابلية الانتان مع موفقية اللقاح فان ذلك يتوقف على النسبة ما بين دور الحضانة ودور تشكل المناعة القوية الناتجة من الانتان بنفسه وبالنتيجة يمكن القول بان اللقاح الواقى يشكل مناعة وينقص من سير الانتان المتأخر •

التجارب التداوي باللقاح في الامراض التره بونه مائية على الحيوان

نظرا للاخصائيات السريرية منذ ان اجرى التداوي المبكر القوي حصل اعتقاد بازدياد وجود داء الافرنج العصبي كما انه نقص بل ندر

وجود اندفاعات الدور الثاني لداء الافرنج وقيل بان النيوسالفارسان يبدل ويروس داء الافرنج بويروس عصبي . ولكن هذه لا تأتلف مع الاسباب الحياتية لانه من المعلوم بان جنس نيقول للباليدا كان اخذ من المايغ الدماغى الشوكى لشخص مصاب بفلج وان هذا الجنس ايضا كان يولد قرحة متصلة في الابتداء على حيوانات التجربة مثل غيرهم من الاجناس المأخوذة من قرحة متصلة بدون تداو وبالعكس فيمكن الايضاح بشكل آخر اذ ان داء الافرنج يجب ان يعمل عمله وذلك ثابت بالتجارب وان التداوي المبكر يؤخر نمو المناعة ويحصل تعقيم غير تام للجسد .

وفي حالة ظهور اثنان جديد فنظرا للقانون الثانى لبرنس وبراون ظهر ان الاعضاء الداخلية لم تكن ذات مناعة كافية فيحصل فيها المرض ولذا يتبادر الى الذهن ان نسأل هل يجب التداوي مبكرا ام يكون الانتظار احسن . ان التجارب السابقة كانت قد اظهرت بان السبب لتشكل المناعة في الاجساد المنتنة هي الآفات الاولى لداء كما يمكن الحصول على المناعة ايضا بزرق التره بونهما الميتة فلذلك يجب فهم وتعقب تأثير التداوي باللقاح على المناعة في العضوية المنتنة والذي جرى تداويها المبكر الكيماي .

ان المناعة تحصل بصورة اسرع في المشافين مبكرا الملقحين بلقاح من غير الملقحين بلقاح واسرع ايضا من القروود التي لم تداو والمصابين بداء العلق وايضا من القروود المصابين بالبولىابيلوماتوز وتظهر تأثير المناعة الجنسية بجلاء (Gruppenimmunität) لان حيوانات داء العلق الذين عولجوا مبكرا كانوا قد عولجوا بلقاح داء الافرنج .

ويريد المؤلف بهذا ان يبين بان المناعة القوية الحاصلة مبكرا تقصر سير المرض وتمنع حصول الاشكال المتأخرة لداء العلق بحسب قانون النسبة المتعاكسة المنوه عنها سابقا . فلذلك يجب التجربة على هذا الازدياد والقوة في المناعة التي حصلت عند القروود الناتجة من اللقاح هل يمكن تكوينها في الانسان فاذا فهم ذلك نكون حزنا لسلح جديد باللقاح لاكمال التداوي الكيماوي .

تأثير التداوي الكيماوي على المناعة في الترمه بونه ماتوز

جرى تجربة تأثير العلاج بالادوية الكيماوية على الانسان والحيوان في سير انتانهم كما على سير نماء المناعة وهنا ايضا تأتي مسألة الانتان الخفي للعقد اللمفاوية كما ذكر سابقا وحلت مشكلتها وهنا يرجح داء العلق لان انتانه يكون غالبا في الجلد ولا يوجد الانتان الخفي للاعضاء الداخلية فيه كما يقال وهو (اي الانتان الخفي) الذي يمكن ان يغطي شكل المناعة كما انه يرجح داء العلق لامكان تعقيم جلد المصابين به من الجراثيم بالتداوي الكيماوي بسهولة اكثر من اصابة الاعضاء الداخلية .

اما في الانسان فان شخصين متطوعين عولجا بعد ١٢ و ٢٤ شهرا من بعد انتانهم بداء العلق وبعد تداويهم الشديد بالنيوسالفارسان وشفائهم التام السريري والمصلي لم يمكن انتانهم من جديد وفي الثالث الذي عولج بعد ثمانية اشهر والذي كان علاجه كما في الآخرين امكن انتانه من جديد بتحصيل الآفة الاولى بدون حصول البوليوبيلوماتوز فيه .

واما في القروود التي انتنت بداء العلق والتي ابتدأت معالجتهم بالنيوسالفارسان بعد الشهر الثالث من انتانهم وشفوا حصلت لهم مناعة كافية مثل الحيوانات التي لم تعالج ولكن اذا عولجوا قبل ثلاثة اشهر من الانتان فحينئذ يمكن انتانهم بالانتان المتشابه الى سنة وفي بعض الاحيان يشاهد انه يمكن ان يظهر معهم الاشكال المتأخرة مثل القروح والاشكال الكموية فلا يقال انه لم تحصل مناعة هنا بل حصلت ولكنها جاءت متأخرة والانتان بهذه الاصول وتعقيبه بالتداوي المبكر وتكراره عدة مرات تحصل مناعة قوية بصورة اسرع وتكون المناعة اسرع كلما كانت الفاصلة للانتان قليلة والتداوي مبكرا .

وان التداوي الكيماوي يؤثر تأثيرا محسوسا على حصول المناعة اذا جرى التداوي حين نمو المناعة ولكن لا يوجد للتداوي الكيماوي اي تأثير بعد حصول المناعة وتشكلها .

الشفاء الحياتي في التره بونه ماتوز

ان معلوماتنا قليلة حتى الآن فيما يخص الشفاء الحياتي في داء العليق وداء الافرنج ففي اختفاء العامل المرضي تشفى التظاهرات وان الشفاء بنفسه في داء العليق يكون بطيئا اكثر بكثير من داء الافرنج وان ذلك ناتج عن طبيعة ثمه بيدرموتروب التره بونه ما برته نوته مثلما ان قابلية الشفاء تكون اسرع بالتداوي الكيماوي في داء العليق من داء الافرنج واما فيما يخص شفاء التظاهرات الجلدية فيجب ان نبين بان التظاهرات الجلدية لداء الافرنج تشفى بنفسها ايضا ولا يوجد اي فرق ما بينهما في هذا الخصوص (اي من خصوص الشفاء بنفسه) *

ان التجارب التي اجريت بزرقات المصل ذي المناعة (Immunserum) (المأخوذ من الحيوانات التي اكتسبت المناعة الكافية) لعلاج التظاهرات الجلدية لداء العليق بقت بدون جدوى *

ويظهر بان اللوقوسيت لم يكن له تأثير على شفاء الآفات المرضية ولان التره بونه ما داء الافرنج تبقى مدة مديدة داخل العقد اللمفاوية بصورة حية وبالعكس فان اللوقوسيت له تأثير مميت على التره بونه ما كما اننا شاهدنا كثيرا بانه لا يمكن حصول الاتان بداء العليق اذا حصل خراج في محل التلقيح داخل الجلدي لداء العليق *

كنا بينا سابقا بانه لا يوجد تناسب قطعي ما بين شفاء آفات داء العليق والمقاومة ضد فوق الاتان ولكن لا بد بان تشكل المناعة يكون لها تأثير على شفاء الآفات المرضية وذلك بتضييقها على تكثر الطفيلات وبهذا تغيب الطفيلات في العضوية وبعدم تكثرها وقضاء حياتها تموت نهائيا * ان هذا التأثير من المناعة على الطفيلات التي تعد اقوى من تزايد بالتلقيح فيأتي عليها ايضا تأثير اللوقوسيت المميت وتموت الطفيلات وبهذا يفهم بان يوجد تظاهرين حياتيين معلومين الى الآن الذين يؤثران على الشفاء الحياتي في التره بونه ماتوز وهما المناعة واللوقوسيت كما ان هذين العاملين هما السبب الوحيد في الشفاء الحياتي في سائر الامراض الاتانية التي يحصل مناعة فيها *

هل ان داء العليق هو داء الافرنج ام داء الافرنج

هو داء العليق ؟

ان المؤلف لا يريد ان يبين النظريات المختلفة التي قيلت في هذه المسئلة بل انه يقول بان جنس (Strain) طفيليات داء العليق الموجودة عنده منذ ستة اعوام والتي امكن ابقائها بتحويلها من قرد الى قرد بصورة ثابتة اعطت دائما آفات داء العليق فقط ولا يمكن تفريقها عن الطفيليات المأخوذة من الانسان بتاتا كما انه لا يوجد اي ادعاء بان اي جنس من طفيليات داء العليق التي اجري زرعها من قرد الى قرد حين تلقيحها الى الانسان ان اظهرت آفات متغيرة غير آفات داء العليق واذا قيل ان في الادبيات الطبية يذكر بان جنس داء العليق - (نيقولا) المزروع بالارانب لمدة سنين يتحول بعد ذلك لجنس لا يمكن تفريقه عن جنس داء الافرنج فذلك ناتج عن تغيير المادة التي اريد فحصها لان الارانب ليست بوسط (Milieux) لائق لفهم وتجربة داء العليق .

كما ان الرأي القائل بان التمدن هو السبب الاصلي للتخلف ما بين داء العليق وداء الافرنج ليس صحيحا فيوجد في الادبيات الطبية كتابات عديدة بعكس ذلك فمثلا ثلاثة جنود بيض امريكيين اصيبوا بداء العليق في الحرب العامة في الاراضي الافرنسية وشخصوا من قبل اطباء البلاد الحارة الاخصائيين وظهر المرض انه من داء العليق كما ان احدا لخصائيين بداء الافرنج الكبار في اميركا بين ان هذا المرض لم يكن بداء الافرنج كما ان المؤلف تمكن ان يشاهد بنفسه زوجين يابانيين اتيا الى البلاد الحارة حديثا اصيبا بداء العليق القطعي .

وان الادعاء بان داء العليق في الاشخاص المتمدنين يسير سيرا مخالفا لسيره في الامم الابتدائية للبلاد الحارة وان وصف داء العليق باسم داء الافرنج للبلاد الحارة غلط ايضا لان انتان داء الافرنج يتمشى في القروء التي تعد الانسان الابتدائي الاصلي بصورة تصلب شكلي خاص كما ان انتان داء العليق يتظاهر مثلما يتظاهر عند الاقوام الساكنين في البلاد الحارة سواء اكانوا من الوطنيين الابتدائيين ام من المتمدنين او كانوا من البيض او من الاجناس الاخرى بشكل واحد وان مسئلة داء الافرنج وداء العليق

هي مسألة حيوية (Biologique) ويجب النظر اليها من هذه الوجهة الحيوية وهي مسألة ترجيح نسجي وعضوي (Organotropie) فاذا اريد تبديل التسمية المستعملة الى الآن باسم آخر ليكونا متشابهين لبعضهما حيث يجب ان يقال تره بونه ماتوز الوريقة الخارجية والتره بونه ماتوز الوريقة الوسطى .

وجود انتان داء العليق وداء الافرنج معا

كنا بينا سابقا تأثير المناعة المتقابلة في المرضى بالتجارب وكذلك كنا بينا ايضا بان هذين الشكلين من الترهبونهما تحصل المناعة المتشابهة في عين الجنس اسرع من حصول المناعة بالتصالب اي الواحدة ضد الاخرى وفي النهاية تحصل المناعة بالتصالب كاملة اي ضد الشكلين وبالتجارب تمكنا في الدور الذي لم تكن حصلت فيه المناعة المتصالبة الكافية في القرد تحصيل المرضى جنبا الى جنب ومشاهدتهما وهذا مما يؤيد مشاهدات كثيرة لاطباء اخصائيين لبلاد الحارة الذين ينو بانهم شاهدوا مرضاء مصابين سوية بالمرضى ام اصابوا بمرض بعد الآخر .

وهنا يجب الذكر ايضا بان تظاهرات المناعة في الترهبونهما توفق كمثل الامراض الانتانية الاخرى توافق تظاهرات وسير المرض وان المناعة ان كانت المتشابهة ام المتصالبة تؤثر تأثيرا كبيرا على تفاعلات الانسجة وان تلقيح داء الافرنج وتعقيبه بداء العليق يمكن ان يحصل قرحة متصلة شكلية وفي عين الزمان تظاهرات موضعية لداء العليق وبذلك تقوى حصول المناعة وتؤثر على الشكلين وعلى سيرهما .

النتائج

(١) كمثل مجموعة التدرن والجذام كذلك في داء العليق وداء الافرنج الاسباب المرضية ونماء المناعة يتطابقان في طول سير المرض وانما الاختلاف في ترجيح عاملهم المرضي للانسجة المختلفة .

(٢) لا يمكن تفريق العامل المرضي لداء العليق الترهبونهما برته نواته بصورة قطعية لا شكلا ولا بالزرع ولا بالصنع من الترهبونهما بالليدا عامل داء الافرنج .

(٣) وانما الفرق الاساسي يكون ما بين الشكليين في التره بونهما عند توضعهم الحياتي في انسجة الجسد وفي العضوية المنتنة بهما .

(٤) يرجح ان يتوضع العامل المرضي لداء العليق في الطبقات الخارجية من الجلد وهوئه كتودرموتروب واما عامل مرضي داء الافرنج يرجح التوضع في الاعضاء الداخلية ونسج الوريقة المتوسطة وهومزهودرموتروب .

(٥) ان هذا التفريق يوضح الاسباب المرضية المختلفة الناتجة عن المناعة كما يوضح سير المرضين المختلفين عن بعضهما والفرق في السراية واصابة الاعمار المختلفة في المرضين كما انه يوضح الارث والانتان الولادي في داء الافرنج وعدم السراية بالوراثة في داء العليق .

(٦) ان المناعة في الامراض التره بونهماية هي مناعة صحيحة ونظرا لدرجة حصولها تمنع تكثر الطفيليات ام توقفهم توقيفا تاما وحينما المناعة تكون متمنية اي في اعلى درجاتها وان كانت متشابهة في داء العليق فهي تؤثر بالتصالب على داء الافرنج والعكس بالعكس وان المناعة الغير متشابهة المتصلبة تحصل بعد المناعة المتشابهة .

(٧) ان المناعة تبين نفسها بتبدل مدة التفريخ في الانتان الثاني وتبدل قابلية انفعال الانسجة ضد التره بونهما وان كانت متمنية بدرجة كافية توقف سير المرض توقيفا كاملا .

(٨) يجب ان نفهم في هذا الخصوص بان المناعة تولد مقاومة ضد الانتان الحديث وفوق الانتان ولا يلزم لذلك ان يكون انتان خفي لانه يمكن تحصيل المقاومة ضد انتان حديث ليس فقط بفوق الانتان المتشابه او المتصالب في الحيوانات الحائزة على المناعة بل يمكن احداثها بتلقيح الواقي بالتره بونهما الميتة ايضا .

(٩) ان داء الافرنج وداء العليق يمكن ان يكونا سوية وفي هذه الحالة تؤثر المناعة على سير المرض متقابلا في المرضين .

(١٠) المناعة المتشابهة وغير المتشابهة (المتصالبة) لا تحصل فقط بالانتان الطبيعي او التجريبي بالطفيليات الحية بل تحصل بزرقات لقاح و اق من الطفيليات الميتة •

(١١) ان امكان تحصل المناعة بواسطة زرق لقاح الترمبونهما في المتداوين مبكرا واصعاد قوة المناعة وعدم امكان حدوث الانتان من جديد بهذه الصورة وعدم حصول القروح للدور المتأخر فتحت بابا حديثا للتداوي واذا نجحت هذه الطريقة فسيكمل التداوي الكيماوي •

القسم الثالث

— لماذا يوجد داء العليق في العراق • والشواهد على ذلك —

انني بعدما كتبت عن داء العليق في القسم الاول المأخوذ من اشهر الكتب والمجلات الطبية الحديثة ونقلت الصور التي تمكنت من استنساخها وحررت في القسم الثاني مناسبات داء العليق مع داء الافرنج والتعاملات المصلية والمناعة اود ان احرر في هذا القسم اعتقادي بوجود هذا المرض في عراقنا المحبوب واعطاء المشاهدات اللازمة • انني اعتقد ان في العراق يوجد داء الافرنج الحقيقي ولكنه نادرا ويكون عند سكان البلاد الذين اختلطوا بالاجانب كثيرا واما المرض الذي يسمى باسم البجل هو داء العليق ويكون كثيرا عند العشائر والمعدان الفلاحين الذين هم ليسوا من سكان البلدان •

فهنا اول مسألة اود ان اعالجها هي هل ان اقليم العراق يساعد على ان يكون داء العليق فيه وهل توجد اسباب مهيئة لسراية المرض • فاقول بالايجاب لانه ثبت مما كتب سابقا ان داء العليق ينمو في البلاد الحارة الرطبة والوديان وفي المحلات التي لا يزيد ارتفاعها عن ١٥٠٠ قدم فان العراق الجنوبي وحوض الفرات والدجلة بوضعهما الجغرافي وباهواره لهو احسن اقليم يوافق المرض كما ان المعيشة في الاكواخ والخيم وكثرة الذباب في بعض المحلات من الاسباب المهيئة لهذا المرض •

اني اظن بان داء العليق هو قديم العهد في العراق ومن المحتمل انه دخل بواسطة الزوج والارقاء (كما يعتقد مانسون بار في سائر الاقاليم) والفتوحات العربية الاسلامية التي امتدت الى اواسط افريقيا سببت الاختلاط وجلبت هذا الداء ووضعه بيننا وذلك لان المعدان يعرفون المرض معرفة تامة من نسائهم الى شيوخهم ولا احد يتذكر ويقول بانه حديث العهد كما يعرفون ان الغليون والتبخير بالزيبق واستعمال الجوبجيني (Salsaparella) مفيد لهم وذلك يثبت ايضا ان داء العليق موجود منذ ان استعمل اجدادنا اطباء العرب الزيبق بالتبخير واكتشفوا تأثيره وبقي الى يومنا هذا فبعض النساء العارفات يعملن الغليون والتبخيرات بشكل اقراص قسم

يوضع بالسبيل لتدخينه وقسم منه يوضع في النار والمريض يقعد الى جنبه ويشم دخانه ويتنفسه واما المادة التي يستعملونها فيسمونها الزنجارة الحمراء (Oxyde rouge de mercure) والاعتقاد السائد بين المعدان ان المعيدي نظرا الى طرز معيشته يجب ان يكون فيه البجل في صغره وانهم يعرفون ان البجل ليس بارثي ولا هو بمرض مضر فالطفل عندهم اذا اصابه البجل تركوه مدة من الزمن فيشفى من تلقاء نفسه ويقولون عنه بانه (طلع من البجل) واحيانا لم يخرج من البجل تماما بل يدخل في دور القروح او في تظاهرات الدور الثالث فحينئذ يجري له التبخير او الغليون ويعرفون الداء انه في اول الامر يولد في الطفل (قريحة) او (حبة) (في الاقسام المكشوفة من الجسد) والبعض لا يعرفونها فتبقى مسكوتا عنها ويقولون انه يحصل (حبابي بكل الجسد) ومن المحتمل ان البعض يظنه جدريا والقسم منه ينطفي والقسم الآخر يظهر حتى يمتد كثيرا ويشفى وليس الشرط ان تكون السراية عندهم في الاطفال فبعضا يقولون سالمين من المرض ويأخذونه في كبرهم وبعد مرور سنين عديدة تظهر فيهم قروح واوجاع عظمية - اوجاع مفاصل - غانغوزا - التهاب السمحاق والعظام فحينئذ يراجعون الاطباء ونظرا الى شبه هذا الدور بالدور الثالث لداء الافرنج فيجري تشخيصهم كداء الافرنج وبهذا يحتمل ان قد حصل الاشتباه من قبل بعض المحررين الاجانب فكتبوه مثلا باسم (داء الافرنج عند عرب الفرات - درس سريري لداء الافرنج العربي لهدسن) وها انني انقل ما يلي من مجلة (Hygiène) نمرة (٦) ٣٣ لهذا المحرر الذي تفضل الدكتور هيكنس الاختصاصي بالامراض الاتانية في مصلحة الصحة العراقية وارسلها لي وجلب نظري اليها وهذا تعريبها :-

ان المحرر يقول بوجوب الانتباه وتدقيق داء الافرنج العربي اكثر مما هو معمول به الى الآن وبين بانه اجرى تفاعل (قان Kahn) الى ١٠٠٠ نسمة من المراجعين في مستوصف دير الزور الامريكي وكانت نتيجة التفاعل ٣٣٩ في المائة مثبتة وبين بان هذه الالف نسمة يجب اتخاذها كنموذج عام للسكان كافة وكانت النسبة المئوية للرجال وعددهم ٥٤٥ (٣٣٦) والنسبة المئوية للنساء وعددهم ٥٥٥ امرأة (٣٤٣) وان النسبة كانت ثابتة بالنسبة الى مختلف الاعمار اي من ٩-١ ومن ١٠-١٩

ومن ٢٠ الى ما فوق واما في المسيحيين (واكثرهم مهاجرون من البلاد التركية وخاصة من ماردين) كانت فيهم النسبة المئوية (١٩٦) واما في اهل المدن كانت (٣٠٤) واما في البدو فكانت (٥٥) وفي المرضى الآخرين بدون تفريق كانت (٤٧) تفاعلا مثبتا وان المحررين بان هذه النسبة هي النسبة الاصغرية وعند درس الاشخاص المصابين ظاهرا بامراض داء الافرنج جلب نظر المؤلف بانهم لم يكونوا مصابين بامراض جدار الاوعية ولا بامراض عصبية ولذلك يرى هدرس بان العرب لم يكن عندهم استعداد لحصول تلك الامراض كما انه لم يجد داء الافرنج الارثي بهم وان المؤلف يسند اسباب ذلك الى كثرة (البجل) وان البجل يستدل عليه المحرر بانه (داء الافرنج المعصوم المأخوذ في الطفولة او في سن المراهقة) كما انه يبين بان اكثر المصابين من البدو ومن اهالي المدن لم يأخذوا مرضهم من جماع تناسلي بل بالعصمة * كما انه يقول بان البجل يكثر في الخيم ولا يخفى ان الاهلين هناك يكونون مجتمعين اكثر من الاشخاص الذين ينامون في دور مثل اهل المدن اما الفرنكي اي مرض الغرباء (The disease of foreigner) يسري بالجماع ويكون عند المسيحيين واهل المدن اكثر من البدو ويختتم مقاله باعطاء التفصيلات عن كل نقطة ذكرت *

يتبين من درس هذا المقال ان هدرس قد اجري تدقيقات دقيقة للغاية عرّف البجل تعريفا حقيقيا وهو ان المرض يؤخذ في الطفولة او في سن المراهقة وليس من جماع تناسلي بل يؤخذ معصوما ويكثر عند سكان الخيم الذين يكون الاختلاط بينهم اكثر كما ان نظافتهم اقل من اهل المدن ولم يجد عندهم آثار الارث في اطفالهم كما لم يجد عندهم امراضا وعائية وامراضا عصبية فهذه الاوصاف هي الاوصاف التفريقية بعينها ما بين داء الافرنج وداء العلق ولماذا لا يكون هذا المرض هو البجل الذي وصفه بداء الافرنج وليس بداء العلق كما انه يظهر بانه فرق الفرنكي الذي يكون عند المسيحيين واهل المدن اكثر من الاعراب والذي يؤخذ بالجماع من البجل وانني لسوء حظي لم اشاهد في المقالة اي نتائج عن المداواة فاذا اجريت قياسا بخصوص التداوي على ما شاهده من البجل في البصرة فاظن ان الشفاء كان اسهل بكثير من (الفرنكي) ولو كنت قد تحققت من ذلك في مقالته لجزمت بان كلما شاهده حضرة الزميل هدرس من وقائع البجل كانت هي داء العلق ايضا وليس بداء الافرنج *

وهناك مشاهدة اخرى ايضا ارسلت لي من قبل الدكتور هيكرز من عين المجلة وفي عددها ال ٣٤ نمرة ٧ (لماك كوين) تحت عنوان داء الافرنج المعصوم في فلسطين واذ انها مجاورة لبلادنا فاحييت التعليق عليها للصلة الموجودة بيننا وان كانت المقالة قد كتبت في فلسطين وها هو تعريب المقال :-

بما ان المحرر كان مديرا لصحة القدس وحواليها سحت له فرصة لدراسة وقايع داء الافرنج العربية وقد شاهد ان الداء يكثر في بعض النواحي ويصيب احيانا عوائل خاصة وحتى قرى خاصة ومن هذا وذلك فهم بان سرايته تحصل بالعصمة التي تنطبق مع افكار (بترسون) الذي كان منذ سنة ١٨٩٢ الى ١٩١٤ ومن ١٩١٨ الى ١٩٢٢ في بعثة طبية في (حبرون) فان بترسون حسب بان خمسين الى ستين من المائة من قوم يقرب عددهم من اربعين الف نسمة مصابون بداء الافرنج كما ان بترسون بين بان هذا الداء لم يكن زهريا (Venereal) ويبني فكره على ندرة وجود القرحة الابتدائية كما ان الاهلين لم يخفوا ذلك كما يخفون مرض السيلان (Gonorrhea) لانهم يعرفون بانه لا يأتني الا من الجماع غير المشروع وان بترسون بين بان هذا الداء دخل في اواسط القرن التاسع عشر الى حبرون حينما دخل ابراهيم باشا المصري وبعد ذلك اشغلت من قبل العثمانيين وبهذه الصورة اجبروا الشباب على الدخول في الجندية وعند رجوعهم اتوا بهذا المرض وان بترسون يرتأي ان التماس الشفوي (القبلة والشرب من كأس واحد) هو السبب الوحيد لسراية المرض وان المحرر يقبل معه ويجلب النظر الى المشاهدات المعطاة من قبل (كلوك Glück) في البوسنه والهرسك وفي سنة ١٨٨٨ من قبل (دورنك During) بخصوص (آسيا الصغرى) وان (ماك كوين Mac Queen) يعطي مشاهداته بعد ذلك في حبرون ونجلين واما في حبرون فكانت القرحة الابتدائية نادرة (ار) من الوقوعات ثم يقول بوجود نسبة كبيرة من القرحة الابتدائية خارج الاعضاء التناسلية اي في ١٢ من ١٥ وقعة (هنا الفت نظر القاريء انه كتب عن ندرة القرحة الابتدائية وثم ذكر انها بكثرة خارجة الاعضاء التناسلية اي ١٢ من ١٥ وقعة ولم يذكر هل انها قروح متصلبة شكلية لداء الافرنج ام لا) كما انه بين كثرة التظاهرات الخاطية وكثرة

الاصابات النسائية (٦٠ الى ٦٢) في المئة ووجود الداء الافرنجي الكسبي من تحت السن العاشرة اي (من ١٢ر٦ الى ٢٤ر٦) في المئة واما في ناحالين قرب بيت اللحم فيرتأى ان المرض ادخل حديثا ووجد (٢٣ر٥) في المئة من الاهلين يقدرون بـ ٣٨٠ نسمة مصابون بهذا المرض وكان في محلتين من ست محلات في البلد اكثر من باقي المحلات وكان من المجموع في المئة (٣٤ر٥) تحت السن العاشرة و(١٦ر٣) كانوا في الخامسة والاربعين وما فوق *

ان المحرر يبين صعوبة التداوي بالزرقات الوريدية في مثل هذه السراية الواسعة في حبرون وبعدها في ناحالين فذلك استعمل السيروسيد بموجب توصية (اوبنهايمر) لاجل الكاهل قرصتين يوميا من الاقراص ذوات (٢٥ر٠ س غ) صباحا قبل الفطور حبتين لاول يوم وثلاث حبات في اليومين الثاني والثالث ثم ثلاثة ايام للاستراحة حتى يصل عدد الحبات الى ما يعادل ثقل الجسم الكيلوغرام اي الى ستين حبة وذلك الى من كان وزنه ستين كيلوغراما ومن محسنات هذه الاصول امكان اعطاء الدواء من قبل المضمد حيث بقي المضمد في القرية شهرين واعطى الدواء اللازم لحمسة وسبعين مريضا وبعد شهرين اصبحت القرية نظيفة ولم يحصل اي نكس بعد ستين من ذلك التاريخ في المرض الذي سبب ان يعمم هذه الاصول الى كل مقاطعة *

فمن مطالعة تلك المقالة اشك ايضا في ان لا يكون الاستيلاء المرضي (Epidemic) المتحصل والمرض المعروف هو داء العليق بعينه لانه قد اتى من مصر بواسطة جيوش ابراهيم باشا وليس بعيد ان يكون في ذلك الحين قسم كبير من الجنود المصريين الافريقيين مصابين بداء العليق فسيبوا انتشاره كما ان ندرة وجود القرحة الابتدائية وعدم حصول المرض بالجماع وسرايته بالعصمة وتفشي بين عوائل خاصة وكثرة الاصابات في الاطفال والشيوخ والتناقض الذي حصل لي من ندرة وجود القرحة الابتدائية ووجودها خارج الاعضاء التناسلية وعدم ذكر هل انها كانت تشبه القرحة الابتدائية لداء الافرنج ام لا وخاصة تداويها بالسيروسيد وانذارها السليم وعدم اتكاسها يجعلني اشك في ان الوقوعات هي وقوعات داء العليق لا غير واما توضيحه من ان السراية تحصل بالقلبات والشرب من

كأس واحد فان كان داء الافرنج فيجب ان لا تخفى القروح الابتدائية الشكلية المتصلبة لداء الافرنج ولو كانت في خارج الاعضاء التناسلية لمشاهدين قديرين مثل بترسن ومالك كوين وهما نفيًا وجودها فلذلك ارجح ان يكون التماس والذباب هما واسطة السراية كما في داء العلق وليست القبلات وكوؤوس الشرب وهنا يجب ان لا ننسى ان في المدة الاخيرة يرتأي المحررون بان في داء العلق كلما كان الاقليم مرتفعًا وبارداً فالتره بونه ما برته نوته ترجح قرب الفوهات الطبيعية وخاصة تحب التوضع في الاغشية المخاطية فان هذه التوضعات يمكن ان تكون لهذه الاسباب فلذلك لا يمكن النفي بان ما عرف لم يكن داء العلق ايضا كما ان اهمل التشخيص التفريقي ما بين المرضين .

وبهذه المناسبة اود ان اذكر انني لم اشاهد في الكتب والمجلات الطبية الحديثة اي بحث عن البجل في العراق غير ما حرره سابقا هدرن عن عزب الفرات وكلما كان يظنه انه داء الافرنج المعصوم لا غير فلذلك احببت تصوير بعض الاشكال المرضية الكثيرة الموجودة في العراق واعطاها للعالم الطبي وقبل ذلك اود ان ابين لماذا قبلت ان اسمي البجل بداء العلق وليس بداء الافرنج .

(اولا) لان البجل ليس بارثي كما سيأتي في بعض المشاهدات المأخوذة المحررة ادناه وان الاهلين يعرفون جيدا بانه ليس بارثي .

(ثانيا) الاصابات تبدأ في الاطفال وتؤخذ عادة في الطفولة وليست لها اي علاقة مع الجماع .

(ثالثا) وجود وقايع طفح بوليبيلوماتوز كما هو في الشكل (٤٩، ٤٨) العائدة لـ (ج بنت فهد) الذي يطابق شكلها مع ما جاء في اشهر الكتب الطبية وخاصة مع الشكل المعطى من قبل كاسته لالاني (شكل ١٢) .

(رابعا) وجود اشكال الادوار الثالثة وخاصة القروح والتهابات العظام والسمحاق والاوجاع المفصلية وتطابق اشكالها مع الاشكال المعطاة في اشهر الكتب الطبية .

(خامسا) وجود الغانغوزا في العراق التي ثبت حديثا بانها عائدة لداء العليق وليس لداء الافرنج كما ان المصابين بها يعرفون بانها حصلت من البجل .

(سادسا) التداوي السهل والانذار السليم فان التداوي الذي اجرته على مئات من المصابين كان يكفيهم زرقة او زرقان من النيوسالفارسان مع ٢٥ غراما من الايودور البوتاس لمدة عشرة ايام لازالة الآفات المرضية بتمامها وعدم النكس لمدة مديدة كما شاهد ذلك بعض من زملائي ومنهم الدكتور سيد ابراهيم عاكف الآلوسي فقد اخبرني بانه داوى امرأة كانت مصابة بالبجل في العمارة حينما كان رئيسا لصحة لوائها بالسيروسيد وحصل على نتائج طيبة كما ان الدكتور سيد سعد الدين عيسى بين لي ايضا بانه شاهد هذه النتائج الحسنة بزرقة او زرقين من النيوسالفارسان .

(سابعا) قلة وجود التظاهرات العصبية والوعائية في العراق فقد اراني حضرة الزميل الدكتور هيكز احصائيات الصحة فكان على ما اذكر اربع عشرة وقعة من الوف من وقايع داء الافرنج المسجلة .

(ثامنا) تطابق اقليم العراق مع اقليم البلاد التي يوجد فيها داء العليق بصورة استيلائية ومستوطنة كما حرر سابقا .

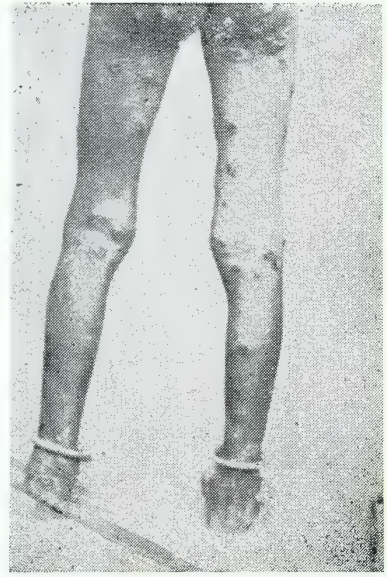
(تاسعا) عدم مشاهدة علائم داء الافرنج الارثي في اطفال امهات المصابين بداء البجل وعدم حصول اجهاض عندهن ومثلا لم اشاهد اسنان هوجنسون ولا الانف المنخفض (Nezen en selle turciq) ولا ضخامة الكبد كما انه لا يموت اطفالهم بعد الولادة بدون اسباب وامراض اخرى .

(عاشر) لم اشاهد قروحا ابتدائية افرنجية متصلة شكلية لداء الافرنج على كثرة ما نشاهد داء البجل لا في الاعضاء التناسلية ولا في خارج الاعضاء واذا شاهدنا قروحا ابتدائية متصلة لداء الافرنج فهي في سكان البلدان الذين لهم مناسبات غير مشروعة مع النساء وذلك قليل .

(الحادي عشر) لم نشاهد في المصابين بطفح داء البجل مثل الطفح الوردي ولا الاغشية المخاطية (Roseole le plagues muquese) لداء الافرنج وكلما شوهد في هذا الدور هو البوليابيلوماتوز الذي يشبه داء العليق ولا يشبه داء الافرنج .



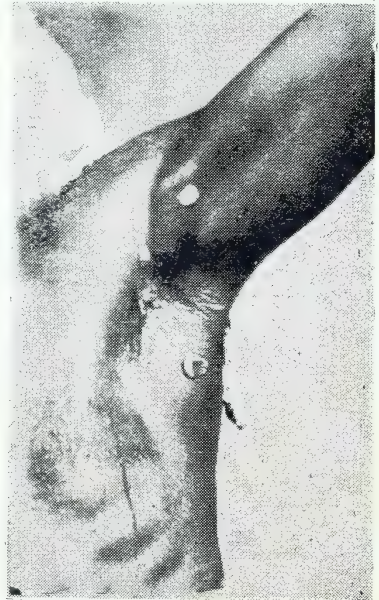
(شكل ٤٩) المشاهد (٢)
(ج. بنت فهد) طفح دور الثاني
في الطرف العلوي



(شكل ٤٨) المشاهد (٢)
ج. بنت فهد) طفح دور
الثاني في الاطراف السفلية



(شكل ٥١) المشاهد (٤) (ك. بن
هيل) قروح في الناحية العجزية



(شكل ٥٠) المشاهد (٣) (ج. بن
مزيعل) طفح دور الثاني في الابط

ان هذه الاوصاف السريرية مجتمعا تكفي للاعتقاد بوجود البجل وبكونه داء العليق وعلى كل اذا ثبت في الدلائل المخبرية اي اذا اجريت التجربة على القروود وامكن اتانهم من حطاطات داء العليق منشأه من العراق مع اتانهم بداء الافرنج سوية واجرى المقاطع على الحطاطات نسجيا وتبينت مثلما كتبت في الكتب الطبية فلا يبقى حينئذ كل شك بان البجل هو داء العليق لا غير واني اعتقد ان في رسالتي هذه اجتهدت لاثبات وجوده سريريا في العراق فاتمنى من زملائي الذين يخصهم الامر بشيئته مخبريا ايضا حتى يجني العراق ثمار تشخيصه القطعي كما حرر في المقدمة .

والآن اثبت بعض الاشكال المرضية مع اعطاء رسومها التي اخذت من قبلي في البصرة وها انني ابتديء اولا بمشاهدة عن القرحة الابتدائية لداء العليق .

المشاهدة الاولى :- (م ابن حبيب) عمره ما يقارب احدى عشر سنة من الناصرية توفي والده من مرض لا يعرفه وقد تزوجت والدته شخصا آخر ورزقت منه طفل آخر عمره ما يقارب خمسة سنوات رأيت ايضا بصحة جيدة وفحصت زوج امه فوجدته بصحة جيدة ايضا لا يوجد معهم آثار تدل على انه اصيب بداء الافرنج يسكن مع والده الجديد وامه واخوته خارج الناصرية على خط سكة الحديد لان والده يشتغل عاملا في تعمير السكة وبين والده بانه كان يوجد طفل آخر مصاب ببجل وكانا يلعبان سوية وحصل منذ اربعة اشهر قرحة فوق ثديه اليسر وداومت مدة وابتداءً ان يحصل في اطرافها قريحات صغيرة حتى تشكل الشكل المصور (شكل ٤٧) وبعد مرور شهرين الى ثلاثة حصل معه تظاهرات في البلعوم وفي الشفة وجلب ذلك نظر والدته التي تعرف البجل فارسل الى المداواة وحين فحصه وجدت بان القرحة الابتدائية اصبحت في حالة التندب تقريبا ويوجد تقرح خفيف مبتدي في شراع الحنك في اليسر اللهاة بحجم اصغر من فلس عراقي مع تظاهرات في الشفة في الجهة اليسرى والسفلى ولكن ليست مثل الغشاء المخاطي لداء الافرنج بل تظاهرات متلينة عالية عن سطح الغشاء المخاطي اعطي له حقنة نيوسالفرسان وخمسة عشر غراما من ايدودور البوتاس لمدة عشرة ايام وبعد فحصه ثانية بعد خمسة عشر يوما وجد بان التظاهرات شفيت تماما .

ان هذه المشاهدة تبين وجود القرحة الابتدائية وشكلها ووجودها خارج الاعضاء التناسلية كما تدلنا على ان السراية تحصلت من طفل الى طفل آخر واود ان اذكر بهذه المناسبة ان المراجعة في هذا الدور الى الطبيب قليلة جدا .

المشاهدة الثانية :- (ج بنت فهد) من سكنة الكرمة نجبية عمرها يقارب الثمان سنوات اتت مع والدها واخ اصغر منها وكلاهما بصحة جيدة لا يوجد فيهما آثار داء الافرنج ولا داء العليق كما انه لا يوجد اي مرض في امها حسب افادة والدها ولها اربعة اخوة آخرهم كان بصحة جيدة وانها كانت ايضا قبل ثلاثة او اربعة اشهر بصحة جيدة فاصيت بقرحة في فخذهما وشفيت منها بدون مداواة وقد تحصل هذا الطفح معها منذ عشرين يوما (شكل ٤٨ و ٤٩) وعند الفحص وجد طفح عام في الاطراف السفلية وفي الاليتين وفي القسم الخلفي للرسغين القدمين وفي الطرف العلوي في جدار الصدر والبطن بصورة منفردة وان الطفح مرتفع عن البشرة مدور وفي وسطه مقعر لونه ابيض يميل الى الصفار مع احمرار خفيف ويشبه الشكل المعطى من قبل كاسته للانبي والمصور في (شكل ١٢) الذي يشبهه شها تاما ينطفي قسم منه ويظهر قسم آخر اعطيت زرقه نيوسالفارسان ٣٠س غرام واحد ايدودور يوميا وبعد خمسة عشر يوما كانت الاندفاعات في حالة التيس شفاء سريري .

ان هذه المشاهدة هي اثبات آخر لوجود داء العليق في العراق .

المشاهدة الثالثة :- (ح ابن مزيعل) رجل يقارب عمره الخمسة والثلاثين عاما من الكرمة بصحة جيدة جدا ومنذ اربعة اشهر اصيت بنته الصغيرة التي ما يقارب عمرها الست سنوات بمرض البجل وقد سرى له حسب افادته وان الآفة الابتدائية حصلت معه في العنق فوق تفاح آدم وكانت تسري لاطرافها وكبرت ويبست وبعد مرور ثلاثة اشهر حصل له هذا الطفح (شكل ٥٠) وان التظاهرات مدورة وترى جيدا في الشكل بانها مختصة بالبشرة بلون ابيض اصفر ويوجد معه مثل هذه التظاهرات في جلد البطن وفي العنق وفي جلد الصفن واثنان فوق الغشاء المخاطي للشفة السفلى تشبه الطفح الجلدي تماما اكثر من ان تشبه الغشاء المخاطي الافرنجي فقسم يشفى وقسم يظهر اعطي نيوسالفارسان وايدودور البوتاس



(شكل ٥٣) المشاهد (٧) (ف.٠ بنت
بنت حبال) قرحة وضياع مادي
ايمن اللهاث



(شكل ٥٢) المشاهد (٥) (ف.٠ بنت
جودة) قروح داء العليق الحلقوي



(شكل ٥٥) المشاهد (٦) (ر.٠ بنت
حمود) قروح دور الثالث في
الرسغ والساق



(شكل ٥٤) المشاهد (٦) (ر.٠ بنت
حمود) قروح دور الثالث في
الساق والرسغ

واوصي بالرجوع بعد خمسة عشر يوما للمشاهدة فلم يرجع وان شكل
الطفح هذا يشبه تمام الشبه الصور المعطاة في الكتب الطبية عن الدور
الثاني لداء العلق والمدرجة اعلاه (راجع شكل ٧ و ٩) •

المشاهدة الرابعة :- (ك بن هبيل) من ناحية المدينة التابعة لقضاء
القرنة اتى مع والده هبيل ووالدته وعمره يقارب اثني عشر سنة مصاب
بقروح في الناحية العجزية والوالد صحيح البنية تماما ولا يوجد فيه آثار
داء الافرنج والبجل ولا تضخم في العقد اللمفاوية ولا آثار ندبات في
الجسد وفي الاجهزة التناسلية وان الوالدة صحيحة البنية ايضا وبينت لي
بانها كانت اصيبت بداء البجل في صغرها حينما كانت في بيت اهلها وحصلت
حبات في جسدها كله وبقيت سنة تقريبا على تلك الحال ثم تداوت بالعشة
والجوبجيني وبعض الادوية المحلية التي لا تعرفها وشفيت تماما من ذلك
الحين ثم تزوجت وحملت ست مرات وولدت في كلها وكان الاولاد كلهم
بصحة جيدة ولم تجهض ابدا ولم يصب الاولاد بمرض عدى (كاظم) فانه
اصيب بداء البجل حينما كان عمره سنتين وحصل منه حبوب في جسده
بصورة عامة استمر معه ما يقارب الستة اشهر وشفي من تلقاء نفسه • ومنذ
سنة ابتداء حصول قروح صغيرة في عجزه تشفى الواحدة وتظهر الاخرى
حتى تحصل (الشكل ٥١) ويوجد معه تضخم خفيف في العقد اللمفاوية
المغبنية ولا توجد اوجاع في الاطراف والمفاصل واعطي زرقه
نيوسالفارسان وايدودور داخلا واوصي بالرجوع اذا لم يشف فلم يرجع •

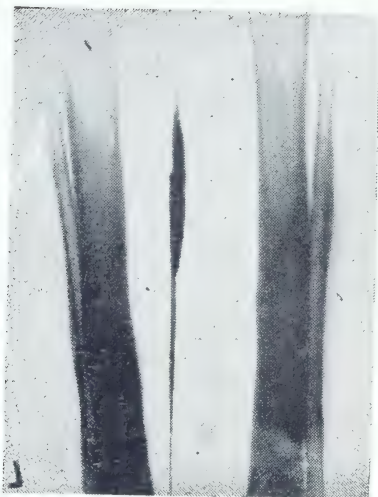
المشاهدة الخامسة :- (ف بنت جودة) عمرها سبع عشرة سنة بنت
باكر لاتعرف ان ابويها اصيبا بداء الافرنج او البجل توفى والدها بالحرب
وكانت بصحة جيدة اصيبت بجدرى في صغرها ومنذ خمس سنين حصل لها
في الناحية الاليوية اليسرى قرحة وكانت مستورة بقشور صفراء فانتشر الى
اطرافها والى الركبة وبدأ يشفى قسم منه وقسم اخذ حتى توسعت وان
الاقسام المتندبة تصح بيضاء وان المركز يشفى في المحيط فاذا دقق
الشكل (٥٢) يظهر انه يشبه كثير Ringworm Yaws) وكانت قد استعملت
قبل مراجعتها ادوية محلية فلم تشف كما انها مصابة باوجاع في العظام
والمفاصل ولا توجد فيها تضخمات في العقد اللمفاوية الرقية وفوق المرفقية
كما انه لم تحصل معها اي تظاهرات في الاغشية المخاطية اعطيت ٤٥ س غ

من النيوسالفارسان و ٢٥ غراما من ابيودور البوتاس لاجل عشرة ايام وبعد خمسة عشر يوما شوهدت بانها شفيت سريريا .

المشاهدة السادسة :- (ر . بنت حمود) من بني اسد عمرها يقارب ٢٦ سنة تزوجت منذ ١٢ سنة ولا يوجد اي مرض في ابويها حسب افادتها كما انه لا يوجد اي بجل في زوجها ولم تحمل سوى مرة واحدة وولدت بتا وهي بصحة جيدة ولم تسقط جنينا ومنذ سنة ونصف ظهرت حبة في البدء في الثلث الاسفل من الساق الايمن وكانت ذات قشور صفراء وبدأت تيسر في محل وتشفى وتظهر في محل آخر في قربها وظهرت بساقها الثاني قروح بعد خمسة اشهر مثل القروح الاولى حتى حصلت القروح المصورة في الشكلين (٥٤ و ٥٥) وهي في صحة جيدة ولم يحصل في بدنها اي آفات اخرى حسب افادتها اعطيت زرقه من النيوسالفارسان وابيودور البوتاس واوصيت بالرجوع اذا لم تشف فلم ترجع .

ان الشكلين هما من اشكال قروح الدور الثالث لداء العليق فالرجاء المقايسة مع الاشكال (٢٤ و ٢٥ و ٣٢ و ٣٣) حيث يوجد شبه ذو شأن ما بين هذين الشكلين وتلك الاشكال .

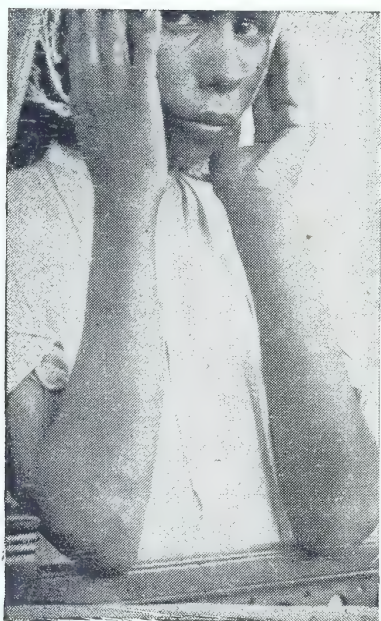
المشاهدة السابعة :- (ف . بنت حيال) من عرب الحلاف وعمرها يقارب ٢٢ سنة ساكنة في التومة لا تعرف ان اباه كان مصابا ببجل توفي بالحمى وهو رجل مسن وامها لم تكن مصابة باي مرض كان وصحتها جيدة تزوجت قبل مراجعتها باربع سنوات وحملت بطنين وولدت الاثنين توفي احدهما والاخر في صحة جيدة ومنذ سنة ونصف كانت هي ايضا بصحة جيدة فحصل لها قرحة في مرفقها الايسر يشبه الدمل حسب تعريفها وشفيت منه بعد شهرين وبعد شفاء القرحة ومرو شهرين آخرين حصل معها اوجاع في العظام وتقرحت القرحة من جديد في مرفقها وابتدأت في التوسع حتى حصلت القرحة الكبيرة كما تشاهد في (الشكل ٥٦) وحصل فيها قرحة اخرى في شراع الحنك بالجهة اليمنى من اللهاة وبعد خمسة عشر يوما خربت قسما منه (الشكل ٥٣) كما انه حصل لها تلين في الانف وحصلت قرحة اخرى صغيرة في الجهة اليسرى وان حجاب الانف لم يكن في حالة طبيعية لانه متورم ومتضخم ولا يوجد فيها تضخمات في العقد اللمفاوية المغنية والرقية كما انه لم تحصل عندها اية قرحة في الاعضاء التناسلية



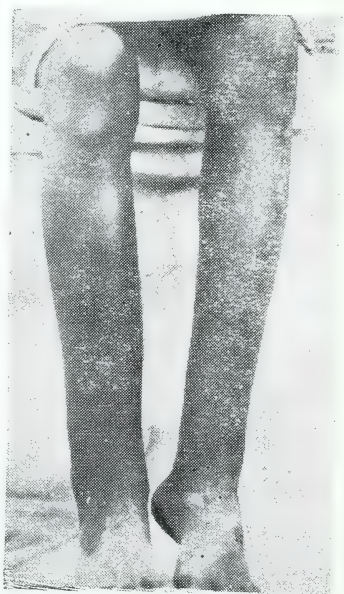
(شكل ٥٧) المشاهدة (٩) خ٠
بنتوريد) الدور الثالث في
عظام الساق بلاشعة



(شكل ٥٦) المشاهدة (٧) ف٠
بنت حيال) قروح في المرفق
والانف



(شكل ٥٩) المشاهدة (٨) ر٠ بن
غالي) الدور الثالث في عظام
الساعد وتندبات جلدية



(شكل ٥٨) المشاهدة (٨) ر٠ بن
غالي) الدور الثالث في
عظام الساق

وانها كانت تشكو حين مراجعتها من الالوجاع المفصلية والعظمية ايضا اعطيت زرقتين من النيوسالفارسان كل عشرة ايام واحدة واعطيت ٢٥ غراما من الايودور لعشرة ايام وبعد مشاهدتها بخمسة عشر يوما بعد التداوي كانت بحالة شفاء محير . ان القرحة الكبيرة التي كانت في المرفق وقرحة الانف تندبت وشفيت تماما كما ان الضياع المادي والقرحة الكائنة في ايمن اللهاة شفيت ايضا ولم يبق فيها اي اوجاع في العظام وقد احببت اخذ صورتها مرة اخرى بعد شفائها فرفضت .

المشاهدة الثامنة :- (روضان ابن غالي) من بني اسد ومن سكنة الكرمه عمره يقارب ثلاث عشرة سنة ولد من ابوين سالمين من الامراض ولا يوجد فيهما البجل حسب افادتهما وله اربعة اخوة واختان وكلهم بصحة جيدة توفي منهم اثنان احدهما غرقا في النهر والاخر توفي - وهو كبير السن وكان متزوجا - من مرض لا يعرفانه في السابعة من عمره حصل دمامل البجل حسب تعريف ابويه وبقي معه اربعة اشهر وشفي بنفسه دون تداو ومنذ سنتين ابتداءت معه اوجاع في عظام الساق والساعد وزاد الى حين مراجعته فعند الفحص وجد تضخم في عظام الساقين وعظام الساعدين (شكل ٥٧) و(شكل ٥٨) كما انه شوهده في ساعده ورسخ قدميه اثار الندبات الاولى الناتجة عن الدمامل التي حصلت معه ولا يوجد اي تظاهرات في الاجهزة التناسلية اعطي زرقه واحدة من النيوسالفارسان و ٢٠ غراما من ايودور البوتاس لمدة ١٠ ايام فاوصي بالمجيء اذا لم يشف فلم يرجع .

المشاهدة التاسعة :- (خميسة بنت وريد) من البوساعد عمرها يقارب ال ٤٢ سنة تقول بان اباهما اصاب بالبجل ولكن امها لم تصب وكان لابويها عشرة اولاد وكلهم كانوا بصحة جيدة وهي اصغرهم قالت بان زوجها ايضا اصاب بالبجل في صغره قبل تزوجه منها وحين زواجهما لم يكن به اي مرض وذلك قبل ٢٢ عاما وحملت منه ستة بطون ولم تسقط من هذه الستة اولاد واختنق احدهم حين الولادة وتوفي الاخر بالهضة (كوليرا) والاربعة الباقون في صحة جيدة ولم تخطر انه قد ظهر فيها حبات في جسدها حينما كانت صغيرة ولكن حينما كانت في السادسة من عمرها تقول بانها اصببت في الجدرى ويوجد عليها آثار ندبات تشبه ندبات الجدرى كما تشبه ندبات البوليبياميلوماتوز وقد اصببت بقرحة في الوجه الوحشي للفخذ

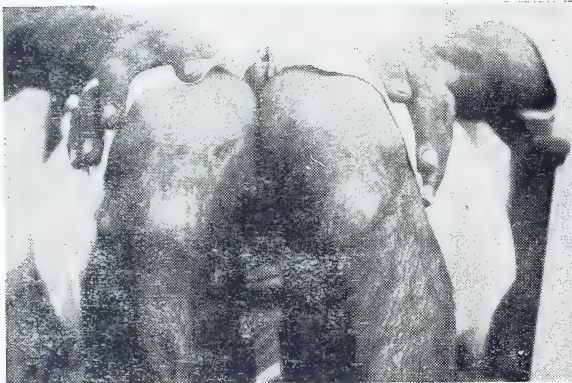
الايسر في العشرين من عمرها دام معها مدة لا تعرفها بالضبط وشفيت منه
 وحين دخولها المستشفى كانت تشكو من آلام شديدة في المفاصل وذلك
 من سنة تقريبا وخاصة في عظام الساقين كانت بشكل متضخم ومتسفن اخذ
 تصويرها بالاشعة فكان الشكل كما في (الشكل ٥٧) واجرى فحص دمها
 باصول تفاعل (ماينكه Meiniecke) فكان سليبا رغم وجود الشكل المصور
 بالاشعة اعطيت زرقتين من النيوسلفارسان اسبوعيا وغرامين من ايودور
 البوتاس يوميا وبعد خمسة عشر يوما من دخولها حلل دمها مرة ثانية فوجد
 ايضا سليبا كما ان صحتها تحسنت وشفيت من اوجاعها وآلامها بصورة
 فجائية محيرة ولم ترض البقاء في المستشفى فاخرجت وهي معافاة .

المشاهدة العاشرة :- (عبدالله بن عزايي) من سكنة الكرمة والده
 في صحة جيدة لا يعرف بانه اصيب بالجل ام لا في صغره توفيت امه في
 صغره منذ ستة عشر عاما وله اخان واخت واحدة وثلاثتهم بصحة جيدة
 وانه متزوج منذ عشر سنين وله ابن وبتان وامراته لم تسقط جنينا واولاده
 وامراته بصحة جيدة ولا يوجد بهم اي آثار للجل او داء الافرنج وقد
 حصل معه بجل حسب تعريفه منذ خمس سنوات بصورة عامة في جسده
 وفي بلعومه كما ان وجد عنده آثار ندبات تدل على ذلك في صدره وبطنه
 وشراع حنكه وفي ذلك الحين لقح بآبرة وبعد خمسة عشر يوما لقح بآبرة
 اخرى ولم يعرف ان الابرتان هل كاتتا نيوسالفارسان او لا واستعمل
 ادوية محلية مثل الجوبجيني وشفي من الطفح وبعد سنة من الزمن حصلت
 معه هذه العقدات الموجودة المتناظرة الكائنة قرب مفصلي الركبتين والمرفقين
 والاليتين (شكل ٦٠ و ٦١ و ٦٢) ومنذ ما يقارب الثلاث سنين لم يوجد فيه
 اي اوجاع في العظام ولا آثار داء الافرنج وانما كان النوم على العقدات
 مؤلما فقط واعطي زرقه من النيوسالفارسان وايودور داخلا واوصي
 بالمراجعة فلم يرجع .

ان هذه الوقعة هي وقعة (nodosité juxta articulaire) (حديبات فوق
 المفصليّة) المعرفة من قبل جانسلم بتمامها بتناظر الحديبات وظهورها
 قرب المفاصل وقوامها الليفي القوي اذ انه لم يقرر حتى الآن انتساب
 هذه الحديبات الى داء العليق او الى داء الافرنج فقد بقيت المسئلة
 مختلفا فيها فاحببت نشرها هنا مع باقي المشاهدات للاطلاع على وجود
 هذا المرض في العراق ايضا .



(شكل ٦٠) المشاهدة (١٠)
(ع ٠ عزاري) حديبات الفوق
المفصلية المرفقية



(شكل ٦١) المشاهدة (١٠)
(ع ٠ عزاري) حديبات التحت
المفصلية الركبية



(شكل ٦٢) المشاهدة (١٠)
(ع • عزاري) حديدات الفوق المفصلة الاليوية



(شكل ٦٣) المشاهدة (١٢)
(ص • بن سباهي) مبدأ غانغوزا في الانف



(شكل ٦٤) المشاهدة (١٣) (مظلوم بن
عيد) غانغوزا وسوء القنية



(شكل ٦٥) المشاهدة (١٥) (ع. بن
شناوة) قروح في الساق وتظاهرات
الدور الثالث في العظام

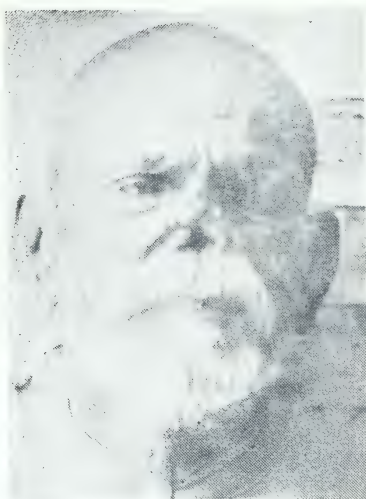
المشاهدة الحادية عشر :- (فرهود بن شاة) عمره يقارب ١٣ سنة من معدان الكرمة حسب افادة قريبه الذي اتى به الي لم يوجد بجل في ابيه وامه وله خمسة اخوة في صحة جيدة وكان قد توفي منهم ثلاثة اخوة له آخرون بالحمى وليس من البجل وفرهود هذا كان بصحة جيدة ايضا وقبل سنتين كان يوجد في قريتهم اطفال مصابون بالبجل وكان يلعب معهم وقد حصلت السراية منهم وحصلت له قرحة في البدن في ساعده اليسر وبقيت ثلاثة اشهر وعمت كل جسده وشفى بلا تداو وبقي مدة تقارب السنة في صحة جيدة وبعد ذلك اي منذ قبل خمسة اشهر من مراجعته ابتدأت معه اوجاع وصليل في ركبته اليمنى وتورمت وحصل الشكل الذي اتى به الي وان الركبة اليمنى متورمة ويوجد انصباب خفيف فيها وخاصة في الرتج العلوي ولا يوجد اي تغييرات في الجلد (انه رفض تصويره فذلك لم اقدر على تصويره ولكن الشكل يشبه شها كثيرا الرثية المفصلية) اعطي زرقة من النيوسالفارسان قدرها خمسة واربعون ساتيغراما ويوميا ١٥ غرام من ايدودور البوتاس وعند مراجعته بعد ١٥ يوما وجد بان الانصباب امتص والوجاع زالت وشفى .

المشاهدة الثانية عشر :- (صدام بن اسباهي) عمره يقارب ١٤ سنة توفيت والدته قبل ثلاث سنوات ولم يذكر وفاة والده وله اخ لأمه واخ آخر لابويه والاثان بصحة جيدة ولا يعرف اسباب وفاة ابويه وانه لم يصب بمرض في السابق سوى الجدري وتوجد ندبات في جسده وساقه اليسر ولكن كانت اكبر من ندبات الجدري وبعد شفائه من الجدري حصلت له قرحة في ساعده اليسر وشفيت وقبل اربعة اشهر من مراجعته للتداوي تكونت عنده قرحة في الانف وابتدأت تأكل الحجاب الانفي والجناحين الانفيين وكانت ذات رائحة تننة موجعة ولم يوجد اي تغييرات في الشراع الحنكي وان البلعوم لم يوجد فيه اي تظاهرات اخرى سوى قليل من الالوجاع الرأسية الليلية وحصل الشكل المأخوذ في الرسم (شكل ٦٣) اعطي زرقين من السالفارسان في كل السبوع واحدة مع ايدودور البوتاس يوميا وقد تحسنت صحته تحسنا شديدا وفجأة بعد خمسة عشر يوما لم يبق من القرحة شيء وحصل الالتئام (مبدأ غانغوزا) .

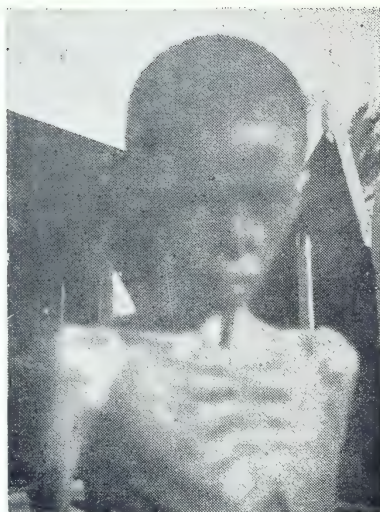
المشاهدة الثالثة عشر :- (مظلوم بن اعبيد) عمره يقارب الخمس عشرة سنة توفي ابواه ولم يعرفهما وربته جدته ولا يعرف عن احواله

السابقة شيئاً بل يقول انه كان بصحة جيدة الى مثل ثلاث سنوات ثم حصلت له قرحة في بلعومه وانتشرت الى انفه الى ان حصل هذا الشكل المرسوم في الشكلين (٦٤ و ٦٦) ويوجد فيه ثقب شراع الحنك وسقوط الحجاب الانفي وقسم من الجناحين الانفيين وان القروح كانت ذات رائحة تنسنة فبعد اعطاء زرقتين من النيسوالفارسان والايدودور يوميا حصل شفاء في القروح وفي شراع الحنك وانه كان مصابا بفقر الدم والضعف الشديد واصيب ايضا بالزحار الاميبي وتداوي من اجله (انظر شكل ٤٥) المعطي من قبل زوايو (Joyeux) في كتابه عن الغانغوزا تجد شها شديدا بين الرسمين .

المشاهدة الرابعة عشر :- (عبيد بن حمد من سكنة الحويطة في ابي الخصيب اصله من عرب الحلاف من قرب النشوة عمره يقارب الثمانين سنة لا يعرف بان ابويه اصيبا بالبلل ويعتقد انه اصيب بالجدرى وهو صغير وكان عمره يتراوح بين ١٢ الى ١٣ سنة وبقي الجدرى معه ٤٠ يوما تقريبا . وانه تزوج قبل الخامسة والعشرين من عمره بزوجتين لم يبق مع الاولى مدة طويلة وحملت منه واسقطت وتوفيت والثانية صار منها له اربعة اولاد اكبرهم عاش الى عشرين سنة والثلاثة الباقية توفوا ما بين السابعة والخامسة عشرة من عمرهم بامراض مختلفة ولم يحصل معه اى آثار للبلل وحينما كان عمره في الخامسة والعشرين وحصلت له قرحة في ذكره وانفه في آن واحد فوضع على الاولى مدقوق نبات اسمه (شموط) وشفيت بعد ثلاثة اشهر واما القرحة التي كانت في انفه لم تشف وكانت ذات رائحة تنسنة وابتدأت تأكل انفه واشرت على قبة حنكه وثقبته واستمرت اكثر من سنة وعليه قد اتوا له بغليون واستعمله مرتين مرة شربه بسيل والمرة الاخرى بسيكارة وتبخر بعد ذلك عدة مرات وتحصل تورم في لثته وبقي شهرين وبعد ذلك شفي تماما وبعد شفائه من المرض تزوج بزوجتين آخريين فلم يحصل لهما اى مرض زهري ولم يسقطا وحصل له سبعة اولاد ثلاثة من احدهن واربعة من الاخرى وتوفوا بعد ذلك كلهم من حميات واسهالات ومنذ اكثر من خمسين سنة الى الآن بعد استعماله الغليون والتبخيرات لم تحصل له اى تظاهرات جلدية او قروح كما انه لا يوجد معه اى تضخم ولا اوجاع راسية وانه بصحة جيدة وفي وقت اخذ المشاهدة وجد بانه مصاب بثقب كبير بحجم ريال عراقي في قبة الحنك



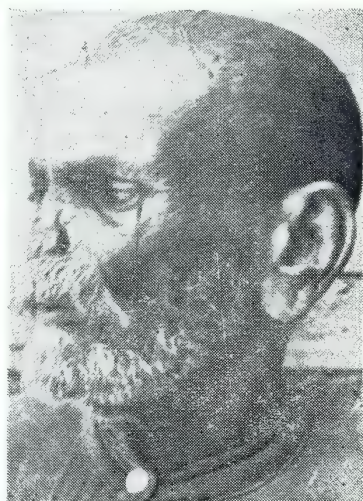
(شكل ٦٧) الملاحظة (١٤)
(ع . بن حمد) غانغوزا



(شكل ٦٦) الملاحظة (١٣) (م . بن
عيد) غانغوزا وسوء القنية



(شكل ٦٩) الملاحظة (١٤) (ع . بن
حمد) غانغوزا وتقب فيه الحنك



(شكل ٦٨) الملاحظة (١٤)
(ع . بن حمد) غانغوزا

التي يسدها بقطعة من القطن ليتمكن من التكلم والجوف الانفي بشكل غور كبير مع خراب حجاب الانف والقريبات والانف بتمامه (شكل ٦٧-٦٨-٦٩) .

المشاهدة الخامسة عشر :- (عبدالسادة بن شاة) دخل المستشفى في ١٢-١٢-٩٣٤ لقروح اصابته في ساقه اليسر في ثلثه العلوي عمره يقارب ال ١٢ سنة وقد اجريت الفحص على ابيه شاة بن عودة وامه حنيصة بنت رسل فلم اجد عليهما اي علائم تدل على انهما اصيبا بداء الافرنج او البجل كما انهما نفيا اصابتهما بدينك المرضين له اخان آخران وهما عبدالعالي وعبدالرحيم وكانا في صحة جيدة ولا يوجد معهما اوصاف داء الافرنج الارثي ولم يصابا بالبجل ايضا نظرا الى افادة والديهما اما عبدالسادة فاصيب في صغره بجدرى ويوجد آثار ندبات واسعة كبيرة في الوجه والاطراف ولا يعرف انه اصيب بالبجل لعدم معرفته ما هو البجل وقد فحص دم ابويه بتفاعل واسرمان فكان سليما على ان تفاعل واسرمان لدم عبدالسادة في عين الزمن كان مثبتا (+++) وان القروح - كما ذكرت اعلاه - كانت في الساق وفي قسمه العلوي وان عظم القصة لم يكن طبيعيا فاخذ رسمه بالاشعة ووجد تضخم في القسم المتوسط من عظم القصة وخاصة كان النسيج الكثيف متكاثفا بزيادة كما انه كان يشكو من اوجاع في عظمه وان القروح كان يشفى قسم منها ويظهر قسم آخر وذلك منذ مدة شهر من الزمن قبل مراجعته للمستشفى اعطي زرقتين نيوسالفارسان وغرام ونصف من الايودور يوميا مدة عشرة ايام واجرى له تضميد يابس للقروح فحصل تحسن شديد في القروح وفي آلام العظام في هذه المدة القصيرة وشفيت تماما وبعد ذلك بخمسة عشر يوما اصيب الطفل بملاريا من الشكل الخبيث وكان دمه مثبتا لذلك وبعدها اصيب بالتبول الاسود (Black water fever) وتوفى منها رغم الاسعافات اللازمة . (الشكل ٦٥) .

ان هذه المشاهدة لهي نافعة جدا لانها تثبت لنا بان الصبي المذكور لم يكن مصابا بداء الافرنج الارثي بل ان تظاهرات القروح والعظام هذه كانت ناتجة عن داء العليق ومن المحتمل كثيرا ان يكون الجدرى الذي ذكره كان هو دور البوليبيلوماتوز لا غير .

ان هذه المشاهدات اخذت من عيادتي الخصوصية في البصرة ومن
المستشفى في مدة لا تتجاوز الثمانية اشهر حينما عزمت على كتابة هذا
الكتاب الصغير واني اعترف بان المشاهدات ناقصة اذ ينقص بعضهم تفاعل
واسرمان او ماينكه او كان واخذ رسوم العظام بالاشعة واخذ رسومهم بعد
التداوي وكتابة النتائج بصورة تفصيلية بعد ذلك وبما ان اكثرهم مرضى
خصوصيون كنت الاقي صعوبة حتى في اخذ تصويرهم وعلى كل فاني اظن
بان هذه المشاهدات ستجلب نظر اخواني الاطباء وخاصة بعد قراءة هذه
الرسالة كما انني قانع بانه سيجري زملائي الاخصائين التبعات اللازمة
في دوائر الصحة بعد هذه المشاهدات التي تستحق النظر كما انني ساستمر
على اجراء التبعات اللازمة التي اتمكن منها في المستقبل ايضا وفي الختام
اقدم جزيل الشكر والامتنان لكل من الدكتور سيد سامي شوكت والدكتور
سيد فائق شاكر كما لحضرة الدكتور هيكز الدين زودوني ببعض المشاهدات
وشجعوني لاحضار واكمال هذا الكتاب ومن الله التوفيق .

